



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC): VALIDAÇÃO PARA O SERVIÇO SOCIAL PORTUGUÊS**

Ana Rita Ferreira Costa

Mestrado em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria Inês Espírito Santo, Professora Auxiliar Convidada,  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2022



SOCIOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS

---

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC): validação para o Serviço Social português**

Ana Rita Ferreira Costa

Mestrado em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria Inês Espírito Santo, Professora Auxiliar Convidada,  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2022

*Para a minha mãe.*



## **Agradecimentos**

A realização desta dissertação de mestrado foi possível devido ao apoio de diversas pessoas. Começo por agradecer a todos os membros da direção da Novamente – Associação de Apoio a Traumatizados Crânio Encefálicos e Suas Famílias, Engenheiro Luiz Godinho Lopes, Dr. Roque da Cunha Ferreira, Dr. Rui Diniz, Dr. José Luís Carvalho, Dra. Mariana Ribeiro Ferreira e Dra. Vera Bonvalot, por me permitirem abraçar este desafio acadêmico ao mesmo tempo que desempenhava as minhas funções enquanto assistente social na associação, por terem acreditado em mim desde o primeiro momento dando-me a oportunidade de ter a minha primeira experiência profissional nesta associação que ficará para sempre no meu coração.

À Prof. Doutora Maria Inês Espírito Santo por me acompanhar ao longo destes quase três anos, pela paciência, ajuda e partilha de conhecimentos.

Aos meus pais por nunca me deixarem desistir de nada, fazendo-me sempre acreditar que sou capaz de atingir tudo aquilo a que me proponho.

Ao André por aturar todos os momentos de impaciência. Obrigada por estares ao meu lado.

A todos os peritos que participaram no processo de revisão e validação da escala, agradeço-vos o contributo imprescindível.

Deixo um agradecimento especial à Prof. Doutora Dulce Simões que apesar de longe, esteve sempre perto neste percurso, incentivando-me sempre.

Por fim, mas não menos importante, a todos os assistentes sociais que tiveram a amabilidade e disponibilidade de preencher o questionário assim como partilhá-lo, resultando numa excelente aderência. Sem vocês não teria sido possível.



## Resumo

A colaboração interprofissional é vista cada vez mais como um fator importante no trabalho dos assistentes sociais, uma competência intrínseca do Serviço Social na articulação e trabalho interdisciplinar junto de outros grupos profissionais.

O presente estudo tem como objetivo adaptar e validar transculturalmente para o Serviço Social português a escala “Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC) from Bronstein (2002)”, composta por quarenta e dois itens, que avaliam cinco fatores diferentes, nomeadamente: interdependência, flexibilidade, atividades profissionais recém-criadas, propriedade coletiva de objetivos e reflexão sobre o processo.

A pesquisa incorporou vários procedimentos teóricos e metodológicos. Realizou-se pesquisa e análise documental de diversos autores considerados na área de estudo. Utilizou-se uma abordagem mista, de componente qualitativa e quantitativa.

O estudo de validação da versão portuguesa é constituído por 557 assistentes sociais em diferentes áreas de atuação do Serviço Social, o instrumento demonstrou estrutura fatorial adequada, analisou-se a confiabilidade e a consistência interna de cada um dos fatores de forma individual, utilizando-se o teste do Alpha de Cronbach concluindo-se que: “F1. Interdependência”  $\alpha=0,697$ ”; “F2. Atividades profissionais recém-criadas  $\alpha=0,623$ ”; “F3. Flexibilidade  $\alpha=0,510$ ”; “F4. Propriedade coletiva de objetivos  $\alpha=0,770$ ”; “F5. Reflexão sobre o processo  $\alpha=0,771$ ”, o alfa de Cronbach dos 42 itens é de ( $\alpha=0,894$ ), considera-se que os fatores apresentam consistência interna aceitável, evidenciando boa validade, pelo que é um instrumento que pode contribuir para investigações cujo objetivo seja investigar sobre a percepção da qualidade de práticas colaborativas em equipas interdisciplinares.

Palavras-chave: Serviço Social; interdisciplinaridade, prática profissional, validade e tradução de escala, abordagens colaborativas.



## Abstract

Interprofessional collaboration is increasingly seen as an essential factor in the work of social workers, an intrinsic competence in articulated and interdisciplinary work with other professional groups.

This study aims to adapt and validate cross-culturally the “Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC) From Bronstein (2002)” scale for Portuguese Social Work, consisting of forty-two items assessing five different factors: interdependence, newly created professional activities, flexibility, collective ownership of goals and reflection on process.

The research incorporated several theoretical and methodological procedures. Research and document analysis of several relevant authors in the area under study was carried out followed by a mixed approach incorporating a qualitative and quantitative component.

The validation study made up of 557 social workers in different areas of the Social Work demonstrated an adequate factorial structure. Since the instrument measures five different factors, the reliability and internal consistency of each of the factors were analysed individually using Cronbach's Alpha test. The following was concluded: “F1. Interdependence"  $\alpha=0.697$ "; "F2. Newly created professional activities  $\alpha=0.623$ "; "F3. Flexibility  $\alpha= 0.510$ "; "F4. Collective ownership of goals  $\alpha=0.770$ "; "F5. Reflection on the process  $\alpha= 0.771$ ”, the Cronbach's alpha of the 42 items is ( $\alpha= 0.894$ ). It is considered that the factors have acceptable internal consistency, showing good validity, therefore the Portuguese scale is an instrument that can contribute to investigations whose objective is to investigate the perception of the quality of collaborative practices in interdisciplinary teams.

Keywords: Social Work, interdisciplinarity, professional practice, scale validity and translation, collaborative approaches.



## Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Índice de Figuras.....	xi
Índice de Quadros.....	xiii
Índice de Tabelas.....	xv
Introdução.....	1
Práticas Colaborativas Interdisciplinares.....	3
1.1. Práticas colaborativas interdisciplinares: revisão de conceitos.....	3
1.2. Práticas colaborativas interdisciplinares: fatores de influência.....	5
1.3. Cooperação ou Colaboração? – Clarificação conceptual.....	7
Contributos e Potencialidades das Práticas Colaborativas em Serviço Social.....	11
2.1. Abordagem colaborativa na intervenção do Serviço Social.....	11
2.2. Dificuldades da abordagem colaborativa em Contexto Social.....	12
Enquadramento Metodológico.....	15
3.1. Método Científico.....	15
3.2. Construção da Amostra.....	15
3.3. Procedimentos.....	16
3.3.1. Entrevista Exploratória.....	16
3.3.2. Etapas do processo de adaptação transcultural de um instrumento de medida.....	16
3.5. Limitações e constrangimentos.....	19
Apresentação de Resultados.....	21
4.1. Perfil Sociodemográfico da Amostra.....	21
4.2. Análise de consistência interna do Index de Colaboração Interdisciplinar (ICI).....	25
4.3. Análise Descritiva do Index de Colaboração Interdisciplinar (ICI) em Serviço Social.....	31
4.4. Relação entre os fatores da escala com os Dados sociodemográficos.....	32
5. Influência da COVID-19 nas práticas colaborativas interdisciplinares.....	36
Discussão de Resultados.....	40
Conclusões.....	44

Referências Bibliográficas .....	46
Anexos.....	i
Anexo A – Entrevista Exploratória .....	ii
Anexo B – Contacto com a autora.....	x
Anexo C – Escala Original .....	xi
Anexo D – Escala Final.....	xvii

## Índice de Figuras

**Figura 1.1** - Influências na colaboração interdisciplinar

**Figura 3.1** - Etapas do processo de adaptação e validação de um instrumento de medida

**Figura 4.1.1** - Sexo

**Figura 4.1.2** - Idade

**Figura 4.1.3** – Estado civil

**Figura 4.1.4** - Escolaridade

**Figura 4.1.5** - Região do exercício da atividade profissional

**Figura 4.1.6** - Tempo de exercício profissional

**Figura 4.1.7** –N.º de anos de exercício da função atual

**Figura 4.1.8** - Contexto de atividade profissional

**Figura 4.3.1** - Gráfico de médias: Fatores da Escala Index for Interdisciplinary Collaboration

**Figura 4.4.1** - Relação entre os fatores da Escala Index for Interdisciplinary Collaboration com o sexo

**Figura 4.4.2** - Relação entre os fatores da Escala Index for Interdisciplinary Collaboration com a idade

**Figura 4.4.3** - Relação entre os fatores da Escala Index for Interdisciplinary Collaboration com a escolaridade

**Figura 4.4.4** - Relação entre os fatores e o tempo de exercício profissional

**Figura 4.4.5** - Relação entre os fatores e o número de anos na função profissional atual

**Figura 4.4.6** - Relação entre os fatores e o contexto profissional



## **Índice de Quadros**

**Quadro 4.2.1** -  $\alpha$  de Cronbach de todos os fatores

**Quadro 4.2.2** -  $\alpha$  de Cronbach para o Fator F1. Interdependência

**Quadro 4.2.3** -  $\alpha$  de Cronbach para o Fator F2. Atividades profissionais recém-criadas

**Quadro 4.2.4** -  $\alpha$  de Cronbach para o Fator F3. Flexibilidade

**Quadro 4.2.5** -  $\alpha$  de Cronbach para o Fator F4. Propriedade coletiva de objetivos

**Quadro 4.2.6** -  $\alpha$  de Cronbach para o Fator F5. Reflexão sobre o processo



## **Índice de Tabelas**

**Tabela 5.1** - Influência da COVID-19 nas práticas colaborativas interdisciplinares

**Tabela 5.2** - Estratégias para melhores práticas colaborativas interdisciplinares



## Introdução

Desde a origem da profissão os assistentes sociais trabalham com profissionais de outras disciplinas. As práticas colaborativas desempenham um papel importante na adequação dos serviços às pessoas que a ele recorrem. “Ao longo de grande parte de sua história, o Serviço Social tem ensinado e defendido a colaboração inter e intraprofissional como uma habilidade prática” (Graham & Barter, 1999:6).

O assistente social é definido pelo (Código Deontológico dos assistentes sociais em Portugal, 2018:6), como sendo “um profissional da intervenção social com uma prática inter e transdisciplinar, que atua com e para as pessoas, numa lógica de cooperação”. O planeamento da prática colaborativa com o utente e com os outros profissionais é consistente com os valores e a ética do Serviço Social.

A Associação Nacional de assistentes sociais dos Estados Unidos (2003), refere que a colaboração interdisciplinar pode ser um dos aspetos mais gratificantes, porém desafiadores, da prática do Serviço Social. Reforça que é também uma prática cada vez mais essencial independentemente do contexto profissional e da população abrangida.

As exigências e os desafios que as práticas colaborativas interdisciplinares colocam, justificam a pertinência científica do tema. Posto isto, pretende-se com o presente estudo, contribuir para a validação cultural e linguística da escala “Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC) From Bronstein (2002)”. Definiu-se como pergunta de partida: Qual a perceção dos Assistentes Sociais sobre práticas colaborativas interdisciplinares?

A pesquisa desenvolvida foi de carácter exploratório, optou-se numa primeira fase por uma abordagem qualitativa através de uma entrevista exploratória e das etapas do processo de adaptação transcultural do instrumento de medida de seguida uma abordagem quantitativa, tendo como técnica de recolha de dados um inquérito por questionário através do Google Forms, direccionado a licenciados em Serviço Social a exercer a profissão no momento que preencheram o questionário.

O presente estudo encontra-se estruturado em cinco capítulos, no primeiro capítulo tem como objetivo desconstruir o conceito de práticas colaborativas, fazer uma revisão de conceitos intrinsecamente ligados com o tema e apresentar alguns modelos de práticas colaborativas, no capítulo segundo pretende-se compreender a mais valia de práticas colaborativas no contexto do Serviço Social. Segue-se o enquadramento metodológico no terceiro capítulo onde é mencionado os seis pontos chave para a compreensão do estudo, nomeadamente o objeto de

estudo, campo empírico, sujeitos envolvidos, universo e amostra, lógica e estratégia de investigação e por último técnica de recolha de dados.

O último capítulo, apresenta os resultados obtidos, levando à discussão dos mesmos com confronto através de bibliografia, de seguida segue-se as conclusões desta investigação.

## CAPÍTULO 1

# Práticas Colaborativas Interdisciplinares

### 1.1. Práticas colaborativas interdisciplinares: revisão de conceitos

O conceito de práticas colaborativas interdisciplinares, leva-nos rapidamente a outros conceitos utilizados de forma variada e intercambiável na bibliografia que é necessário clarificar, tais como colaboração interdisciplinar, prática colaborativa interprofissional e trabalho em equipa, sendo que este último nos remete para mais quatro conceitos também eles imprescindíveis de serem clarificados, nomeadamente: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

(Jeffries, et al., 2008:472) defendem prática colaborativa como sendo um “processo interprofissional de comunicação e de tomada de decisão que permite a separação de conhecimento e habilidades partilhadas pelos profissionais de forma a influenciar sinergeticamente o cuidado prestado ao outro”. Na colaboração interdisciplinar há “informações, dados, métodos e teorias associadas às disciplinas envolvidas que precisam ser integrados para formar um projeto partilhado.” (Claus & Wiese, 2019:190).

Há várias definições de trabalho em equipa, (Santos e Franco, 2010:742) cit in (Machado, 1998) “investigou empiricamente o desempenho do trabalho em equipe, definindo-o como um sistema de relações dinâmicas e complexas entre um conjunto de pessoas, unidas umas com as outras no interior da organização como membros de um grupo relativamente estável, que interagem e compartilham técnicas, regras, procedimentos e responsabilidades, utilizadas para desempenhar tarefas e atividades com o objetivo de atingir resultados comuns.”

Para que exista trabalho coletivo tem de existir “responsabilidade, prestação de contas, coordenação, comunicação, cooperação, assunção de risco, assertividade, autonomia, confiança e respeito mútuo.”, segundo (Jeffries, et al., 2008:472).

Quando falamos em trabalho em equipa há vários conceitos que precisam de ser clarificados nomeadamente: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Segundo (Gomes, 2012:8) cit in (Japiassú, 1976), “a multidisciplinaridade representa o primeiro nível de integração entre diferentes áreas disciplinares, caracterizando-se pela existência em simultâneo de várias disciplinas na mesma equipa de trabalho.

No entanto, a atuação dos vários saberes acontece de forma fragmentada, sendo que não se explora a relação entre os conhecimentos disciplinares e não existe entre eles qualquer tipo de cooperação. O domínio teórico-metodológico de cada disciplina não interage com o de outras, sugerindo a inexistência de alguma organização ou coordenação entre os mesmos, que se posicionam num mesmo nível hierárquico”.

Este autor refere que quando existe alguma interação e cooperação entre as diferentes disciplinas, estamos perante um trabalho que passou “de ser multidisciplinar, para ser pluridisciplinar (...) contudo, a pluridisciplinaridade exclui a existência de uma coordenação comum às várias disciplinas e esta mantém-se num mesmo nível hierárquico.” (Gomes, 2012:9) cit in (Japiassú, 1976:72-73).

Entre o conceito de multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade, encontramos pontos comuns que nos levam ao conceito de interdisciplinaridade.

(Cesco, et al., 2013:60) cit in (Reis, 1991) entende interdisciplinar como “objetivo que designa algo comum a duas ou mais disciplinas ou ramos do conhecimento” e transdisciplinar como “movimento para além de, através de, posição para além de”.

(Gomes, 2012:10) cit in (Pombo, 2004:37) “entende a interdisciplinaridade como a combinação entre duas ou mais disciplinas com vista à compreensão de um objeto a partir da confluência de pontos de vista diferentes e tendo como objetivo final a elaboração de uma síntese relativamente ao objeto comum, implicando alguma reorganização dos processos de investigação e/ou ensino e supondo um trabalho continuado de cooperação ao nível da transposição de terminologias, tipos de discurso e argumentação, cooperação metodológica e instrumental, importação de conteúdos, problemas, exemplos, transferência de resultados e aplicações, etc.”

Por fim a conceito de transdisciplinaridade é definido por Japiassú como “um nível de integração disciplinar mais evoluído e que implica uma espécie de coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas de um mesmo sistema ou até de vários sistemas.” (Gomes, 2012:11) cit in (Japiassú, 1976:76).

Sendo assim, uma equipa interdisciplinar é constituída por um grupo de profissionais de diferentes disciplinas com uma finalidade comum que integra as várias perspetivas profissionais na tomada de decisão, caracterizando-se pela interdependência, coordenação e cooperação. É importante envolver o utente e/ou respetiva família no processo de tomada de decisão, promovendo sempre uma comunicação ativa, onde existe uma divisão de papéis dos profissionais consoante os seus saberes, podemos dizer assim que existe uma abordagem colaborativa entre todos (Gomes, 2012).

## **1.2. Práticas colaborativas interdisciplinares: fatores de influência**

Após a clarificação dos conceitos, é importante compreender o que é que influencia ou não a existência de práticas colaborativas numa equipa interdisciplinar. Será que existem fatores que determinam ou não a existência de práticas colaborativas interdisciplinares? Falamos de fatores somente organizacionais ou será que a prática colaborativa depende somente das pessoas que constituem uma equipa?

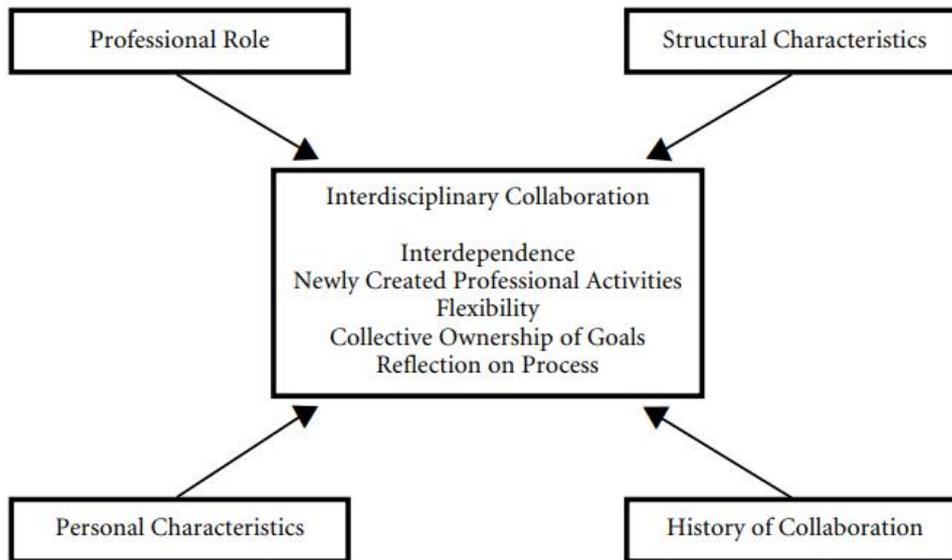
Bronstein (2003) apresenta o modelo de colaboração interdisciplinar, composto por cinco componentes: interdependência, flexibilidade, atividades recém-criadas, reflexão sobre o processo e propriedade coletiva de metas. A autora aponta fatores que influenciam o modelo de colaboração interdisciplinar, nomeadamente o papel profissional, características pessoais, características estruturais e história da colaboração.

(Graham & Barter, 1999:9) referem características pessoais como “criatividade, empatia, flexibilidade, inovação, abertura, paciência, autoconfiança e disposição para assumir riscos” facilitam a colaboração. Define interdependência “como a ocorrência e dependência de interações entre profissionais em que cada um depende do outro para realizar os seus objetivos e tarefas.” Bronstein (2003:299).

Para a autora a flexibilidade vai além da interdependência uma vez que “inclui alcançar compromissos produtivos em face de desacordo e da alteração do papel como profissional.” Bronstein (2003:301). As atividades recém-criadas são atos colaborativos, programas e estruturas que podem alcançar mais do que um profissional atuando de forma independente e individual pode alcançar, menciona ainda que “estas atividades maximizam o conhecimento de cada colaborador” Bronstein (2003:300).

A reflexão sobre o processo prendesse com o facto de os colaboradores falarem e pensam sobre o seu trabalho conjunto, esta reflexão “fortalece as relações colaborativas e de eficácia” Bronstein (2003:302).

Figura 1.1 - Influências na colaboração interdisciplinar



Fonte: Bronstein, 2003.

Despender de tempo para refletirmos sobre a intervenção que está a ser feita é essencial na prática dos assistentes sociais, tempo para avaliarmos o que foi previamente definido, nas etapas do Diagnóstico Social, que no fundo é o instrumento de uma boa intervenção social.

Por fim a propriedade coletiva de objetivos, é a “responsabilidade em todo o processo de objetivos, incluindo o desenho conjunto, definição, desenvolvimento e realização de objetivos”. (2003:300), nesta componente está intrinsecamente incluindo um compromisso centrado no cliente, por meio de profissionais de diferentes disciplinas estando o cliente e a sua família envolvidos em todo o processo para o alcance dos objetivos previamente definidos. O profissional posiciona-se como um “aliado apreciado”, traduzido do inglês: *ally appreciative* (Madsen, 2007:22) cit in (Madsen, 1999).

(Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016) recorrem ao Interprofessional Education Collaborative que define quatro domínios centrais para a prática colaborativa, a adoção de valores/ética para a prática interprofissional, compreensão dos papéis e responsabilidades de cada profissional, melhorar a comunicação e facilitar o trabalho em equipa.

Nos dias de hoje manter uma equipa coesa é um dos principais desafios das entidades empregadoras, o sucesso profissional e a eficiência no trabalho depende consideravelmente de como é feito o trabalho em equipa em que deve existir a partilha de informações, discussão de ideias e sugestões, capacidade de aprendizagem e disponibilidade para colaborar.

No trabalho em equipa, (Ferreira & Pena, 2021:163) referem que a “comunicação constitui-se como um elemento chave na intervenção, quer para poderem beneficiar de uma

aprendizagem mútua, como também discutir as diferenças em função da solução do problema mais adequado.”

(Gabrielová & Velemínský, 2014) realizaram um estudo sobre a colaboração interdisciplinar entre profissionais médicos, com profissionais não médicos e os cuidados sociais. Os resultados do estudo apontam que a comunicação por parte dos assistentes sociais para conseguirem transmitir à equipa as suas funções e as suas competências especializadas, a falta de conhecimento sobre os papéis profissionais, o que leva ao desconhecimento de como outros profissionais que compõem a equipa podem intervir numa determinada situação e a existência de conflitos de funções, são fatores que limitam a colaboração interdisciplinar.

Por outro lado, os aspetos positivos apontados para uma colaboração interdisciplinar eficaz, são a importância do reconhecimento dos papéis profissionais, a compreensão dos outros sobre o papel de cada um dentro da equipa, a comunicação sistemática, existindo uma transferência mútua de informação entre os profissionais e também o respeito pelos colegas. Podemos dizer que há aspetos que são determinantes para este tipo de abordagem ser concretizada, tais como o conteúdo, processos e comportamentos. O conteúdo inclui a visão e a estratégia da equipa na direção e clareza como um grupo de profissionais coeso. Os processos, são as estruturas organizadas em que a equipa intervém, constrói as suas ferramentas, procedimentos, políticas e influências de gestão. Estes processos fazem com que a equipa seja mais objetiva e abrangente.

Por fim, os comportamentos são as ações e interações entre os membros de uma equipa. Uma possível barreira à adoção de uma abordagem profissional colaborativa, são as diferenças, interesses e expectativas que os profissionais podem ter uns dos outros. É fundamental que exista um líder de equipa, que promova um ambiente de proximidade, saudável e de interajuda entre os vários elementos, para que atinjam os objetivos propostos. (Gabrielová & Velemínský, 2014).

### **1.3. Cooperação ou Colaboração? – Clarificação conceptual**

O conceito de colaboração, cooperação e coordenação estão no centro das relações interorganizacionais, por serem conceitos semelhantes é importante o seu significado de cada um estar claro, para poderem ser aplicados no contexto correto.

O conceito de colaboração é amplamente utilizado na linguagem quotidiana. Este conceito desenvolveu-se dentro e fora da investigação em Serviço Social. Segundo (Graham & Barter, 2017:6) a colaboração pode ser definida como um “sistema relacional no qual duas ou

mais partes interessadas juntam recursos para atender a objetivos que nenhum deles poderia atender individualmente.”

De acordo com (Morley & Cashell, 2017:208) referem algumas indicações na literatura sobre este conceito: “envolve várias pessoas; (...) parceria activa e permanente; (...) trabalham em conjunto para fornecer serviços; (...) processo que envolve cooperação, comunicação, negociação, confiança, respeito e compreensão para construir uma aliança sinérgica que maximiza os contributos de cada participante.”

Ainda dentro do conceito de colaboração, (Gabrielová & Velemínský, 2014) cit in (Levická e Levická, 2012), referem que é importante a distinção entre colaboração multidisciplinar e colaboração interdisciplinar, sendo que o primeiro conceito é definido como “trabalho partilhado por vários profissionais de várias disciplinas” (Gabrielová & Velemínský, 2014:60). Enquanto a colaboração interdisciplinar os profissionais para além de trabalharem em conjunto, trabalham para atingir um objetivo comum. Os autores referem ainda que “nem todos os membros de uma equipa multidisciplinar estão igualmente interessados em alcançar o objetivo final” (Gabrielová & Velemínský, 2014:60).

Para que não existam dúvidas é importante compreender o conceito de cooperação e perceber quais são as diferenças para com o conceito de colaboração.

Segundo (Leite, 2015:46) cit in (Sheperd, 2004) “a cooperação é uma forma de trabalho em grupo com pouca formalidade, apesar de depender de uma liderança, e que não pressupõe objetivos comuns. Não há planeamento formal e não acarreta riscos para os seus participantes”

A cooperação pode ser concluída, dividindo o trabalho entre os participantes para resolverem a parte atribuída do problema individualmente.

(Bruner,1991:6) refere que “como processo, a colaboração é um meio para um fim, não um fim em si mesmo”. O autor, apresenta quatro níveis de colaboração: colaboração entre empresas de administração (1.º nível), colaboração entre empresas de serviços (2.º nível), colaboração intraempresas (3.º nível) e colaboração entre profissional-família (4.º nível). No primeiro nível, promove-se a colaboração através de protocolos, acordos interinstitucionais, organização e incentivos à equipa e avaliação do trabalho. No segundo nível, os trabalhadores que prestam serviços em várias empresas, recebem incentivos e apoios a esforços conjuntos com funcionários de outras empresas. No terceiro nível, os funcionários da linha da frente fornecem suporte para a tomada de decisões dos clientes e estão envolvidos no planeamento da empresa. No quarto e último nível que apresenta, o profissional da linha da frente e membros da família, determinam necessidades, estabelecem objetivos e trabalham rumo à autonomia e funcionalidade da família, importa realçar que neste quarto nível “o relacionamento não é

hierárquico (...) o profissional trabalha em parceria com a família para desenvolver e alcançar metas que conduzam a autossuficiência.” (Bruner, 1991:11).

“O objetivo da colaboração é muito maior do que simplesmente mudar os processos pelos quais os serviços se orientam. O seu objetivo final deve ser para abordar com sucesso, problemas de famílias ou da sociedade que dificilmente serão resolvidos quando trabalhados por pessoas ou empresas que trabalham em separado.” (Bruner, 1991:11).



## CAPÍTULO 2

# **Contributos e Potencialidades das Práticas Colaborativas em Serviço Social**

### **2.1. Abordagem colaborativa na intervenção do Serviço Social**

Segundo (Rivero et.al.,2013:17) cit in (Andolfi, 2000) refere que o “atual sistema de apoio social às famílias vive um momento “entre paradigmas”: ainda com um pé nos modelos deficitários ou centrados nos problemas (assente na expertise do profissional que constrói soluções para as famílias); mas já com outro pé nas abordagens colaborativas (assente na co-expertise e co-construção de caminhos de mudança entre profissionais e famílias).”

Os modelos tradicionais têm-se revelado pouco eficientes na intervenção com a pessoas e/ou famílias, segundo (Rodrigues, 2013:17) cit in (Sousa, et al., 2006) “acabando por gerar sentimentos de fracasso e impotência em todos os envolvidos - famílias, profissionais e instituições - reduzindo as expectativas de sucesso futuro”. A autora, refere que as abordagens colaborativas (centradas nas competências e nas soluções) estão numa fase de desenvolvimento teórico sustentado. “As práticas colaborativas, apresentam-se como possíveis práticas ou sugestões que podem (ou não) ser úteis a uma determinada pessoa.” (Monk & Gehart, 2003:21) Esta descrição, refere-se a uma posição de aliança entre profissional-utente.

A apreciação é parte integrante desta postura, os profissionais podem começar por se focar a perceber o que está a funcionar com determinado utente e partir daí ter uma postura de apoio e colaboração.

(Madsen, 2007:22) refere que “elementos de competência, conexão e esperança” são fundamentais para esta postura relacional.

Assim sendo, é importante refletirmos qual o tipo de impacto que a abordagem colaborativa tem no utente e respetiva família, ou seja, quais os benefícios para a própria pessoa quando os profissionais ao seu redor, utilizam esta abordagem. Alguns estudos sobre a utilização de práticas colaborativas em contexto hospitalar, referem que o facto de ser utilizada esta abordagem pode melhorar a educação do doente e/ou família sobre o seu problema clínico, preparando-o para os cuidados que vai ter de ter e capacitando-o para a procura de informação

sobre a sua situação, envolvendo assim, a pessoa na tomada de decisões e a sua participação no autocuidado.

“A fluidez do papel do Serviço Social foi identificada como uma mais-valia, pois ajuda a preencher as lacunas do serviço e a abordar a complexidade clínica.” (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016:4). Por outro lado, (Morley & Cashell, 2017:210) consideram que “os pacientes devem ser os principais atores na tomada de decisão e os profissionais devem adotar um papel de apoio”. Os autores (Casado et al., 2020:2) consideram que “as práticas colaborativas surgem como forma de envolver ativamente tanto os membros do sistema familiar quanto os profissionais que compõem o macrossistema de ajuda”, estes autores consideram ainda que “é fundamental desenvolver um sistema cooperativo e colaborativo com os demais profissionais envolvidos (...) podemos contribuir para a implementação de uma intervenção holística e integral” (Casado, et al., 2020:2).

“O profissional deve ter numa posição colaborativa e de curiosidade genuína.” (Melo, 2011:15) cit in (Anderson & Goolishian, 1992), deste modo os “assistentes sociais são capazes de desenvolver essas práticas honrando a expertise do sistema familiar, respeitando seus desejos e preferências” (Casado et al., 2020:4) cit in (Drisko, 2017).

(Pena, 2013:64) refere que “o profissional deve colaborar com o utilizador do serviço e os planos devem ser desenvolvidos com as pessoas e não para elas, numa perspetiva de partilha de “poder” o que conseqüentemente leva a uma “aliança de ajuda, envolver os membros do sistema familiar no processo de intervenção, gerar expectativas positivas e obter feedback sistemático tornam-se a espinha dorsal do desenvolvimento colaborativo bem-sucedido.” (Casada et., al 2020:2).

## **2.2. Dificuldades da abordagem colaborativa em Contexto Social**

(Rumping, et al., 2018), apresentam um estudo sobre a colaboração interdisciplinar entre assistentes sociais que trabalham com jovens, referindo que na área da educação nem sempre é fácil a colaboração entre assistentes sociais e educadores, (Rumping, et al., 2018:2) cit in (Swart, 2009) “Os educadores podem assumir apenas um papel de sinalizador nos problemas de um jovem e, portanto, estar insuficientemente conscientes desses problemas. Se fossem mais bem informados através de uma colaboração mais próxima com o assistente social, isso poderia

contribuir para uma abordagem diferente no seu contacto com o aluno”, apontam a falta de comunicação para esta colaboração não ser eficaz.

(Casado, et al., 2020:2) refere que “a alta rotatividade de pessoal nos serviços sociais e a desconfiança dos familiares quanto à troca de informações entre as instituições são desafios significativos que os assistentes sociais enfrentam na sua prática diária.” aspetos que podem limitar as práticas colaborativas. A associação de assistentes sociais Britânica (2015), aponta que uma comunicação fraca, diferenciais de poder, maus entendimentos, falta de reflexão, protocolos organizacionais e a colocação de sentimentos pessoais em primeiro lugar são obstáculos para práticas colaborativas eficazes.

(Zerdena, et al., 2019), investigaram através de uma amostra composta por 395 assistentes sociais que compõem equipas interprofissionais em ambientes integrados de saúde, com o objetivo de perceberem quais os elementos que contribuíam para a integração na equipa e também apontar as barreiras existentes à prática profissional.

A confusão e a falta de definição de papéis na equipa, criam obstáculos à prática profissional, podendo levar “à duplicação de serviços ou subutilização das habilidades dos membros da equipe” (Zerdena, et al., 2019:6), também a falta de partilha de informação entre a equipa e escassez de registos acessíveis a todos os membros foi também considerada como uma barreira.



## CAPÍTULO 3

# Enquadramento Metodológico

### 3.1. Método Científico

Apesar da existência de instrumentos internacionais que avaliam o grau de práticas colaborativas, verifica-se a inexistência no que se refere à sua tradução e validação para o contexto do Serviço Social português.

Partindo deste pressuposto, o presente trabalho tem como principal objetivo adaptar e validar a escala “Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC) From Bronstein (2002)” para o Serviço Social português, bem como perceber a inter-relação de práticas colaborativas nos diferentes contextos de ação.

A exploração teórica realizada sobre a temática, bem como a manifesta carência de resultados de investigação desenvolvidos neste domínio, apontam para a necessidade numa primeira fase de uma entrevista exploratória a um perito (P1) com uma vasta experiência em gestão e consultoria na área da interdisciplinaridade e práticas colaborativas. A utilização e o recurso à entrevista exploratória a um perito (P1) conceituado sobre o tema, teve como objetivo proceder-se à recolha de informação privilegiada e de conhecimento pertinente que fosse capaz de traduzir e compreender domínios de ação decorrentes de práticas colaborativas.

Como objetivos específicos pretende-se perceber se as variáveis pessoais e profissionais dos assistentes sociais, nomeadamente: idade, formação, antiguidade e área de intervenção são fatores que podem influenciar as práticas colaborativas, compreender o modo como as práticas colaborativas interdisciplinares é percebida pelos profissionais e compreender a perceção dos profissionais sobre o seu papel dentro da equipa.

### 3.2. Construção da Amostra

Os participantes foram recrutados por conveniência a partir do método de bola de neve, é conhecida como amostragem de referência em cadeia, sendo um método não probabilístico (Armitage & Colton, 2005). É “utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto” (Baldin & Munhoz, 2011:332).

Para a disseminação do inquérito recorreu-se à técnica bola de neve na divulgação em redes sociais nomeadamente através do Linkdien e em grupos de profissionais no Facebook, foram ainda enviados emails a algumas entidades para que passassem o questionário internamente aos assistentes sociais que trabalhavam na entidade.

Aquando este convite foi explicado que o mesmo era apenas para profissionais licenciados em Serviço Social e que estivessem integrados no mercado de trabalho exercendo funções de assistente social. Só em seguida foi disponibilizado o acesso à escala.

### **3.3. Procedimentos**

#### **3.3.1. Entrevista Exploratória**

Optou-se primeiramente pela realização de uma entrevista exploratória com um perito com domínio no tema, tendo como objetivo a co-construção e domínio da temática. As entrevistas exploratórias, “servem para encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho e não para verificar hipóteses preestabelecidas” (Quivy & Campenhoudt, 1998:70) assim como “tomar consciência das dimensões e dos aspetos de um dado problema, nos quais o investigador não teria decerto pensado espontaneamente” (Quivy & Campenhoudt, 1998:79) Assim, “à medida que as leituras e entrevistas vão sendo realizadas, o problema vai se aprimorando, tornando-se mais claro e mais específico”, segundo (Gil, 2008:37).

Ver transcrição de entrevista no Anexo A.

#### **3.3.2. Etapas do processo de adaptação transcultural de um instrumento de medida**

O processo de adaptação transcultural passou por várias etapas, mencionadas abaixo:

**Etapa I)** O processo (figura 3.1) iniciou-se no pedido por via correio eletrónico à autora da escala original, Laura R. Bronstein. a solicitar autorização para validação da escala.

**Etapa II)** De seguida recorreu-se a duas tradutoras bilingues, cujo língua materna é o português, que não se conhecem nem tiveram acesso prévio à escala, para que realizassem a tradução da língua inglesa para a língua portuguesa.

**Etapa III)** Solicitou-se a um conjunto de sete peritos todos com formação em Serviço Social, a análise das duas traduções obtidas na língua portuguesa com o objetivo de reduzirem as diferenças, escolhendo as melhores palavras/expressões para cada item e adaptarem o texto ao

conhecimento cultural português, no fim desta avaliação obteve-se assim um único e novo questionário que se denominou Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC). (Ver anexo D).

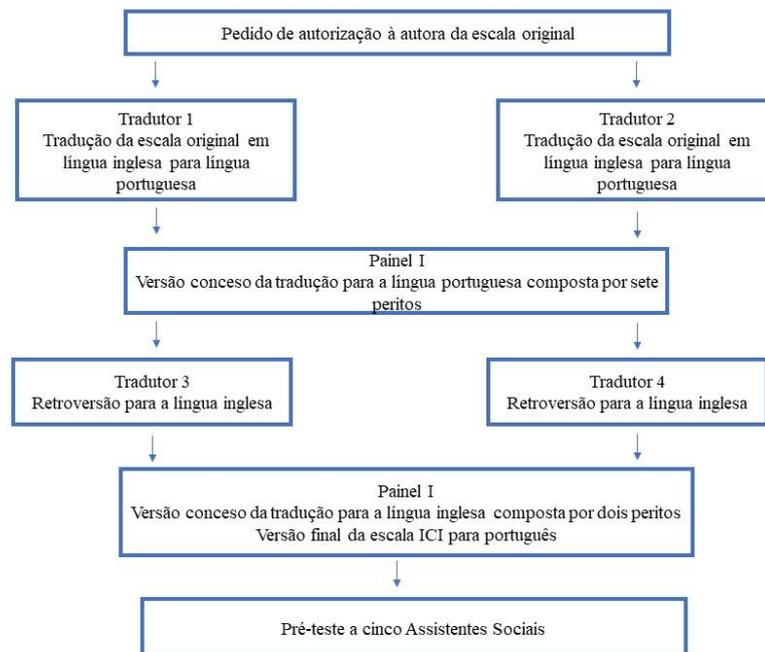
**Etapa IV)** Uma cópia do Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC) português obtido foi encaminhada para dois outros tradutores-intérpretes de inglês, desconhecedores do texto original para evitar qualquer influência na tradução das palavras, que realizaram a retroversão da escala.

**Etapa V)** Um grupo de dois peritos, também com formação em Serviço Social e que não estiveram envolvidos no processo anterior realizaram uma nova avaliação das duas versões resultantes, comparando-as com a versão original em inglês.

**Etapa VI)** De seguida foi feita a adaptação cultural, sendo solicitado a cinco assistentes sociais a trabalhar na área que respondessem ao questionário dando o seu *feedback* sobre o mesmo em relação à clareza das instruções, tempo de resposta e compreensão dos itens.

De forma às etapas descritas terem uma melhor perceção por parte do leitor, apresenta-se o seguinte esquema simplificado:

**Figura 3.1 - Etapas do processo de adaptação e validação de um instrumento de medida**



Fonte: Elaboração própria

### 3.4. Recolha de Dados

A recolha de dados foi feita através de um questionário online disponibilizado através do google forms, o questionário ficou online no 27 de março de 2021 e encerrou no dia 05 de maio de 2021, esteve ativo durante 40 dias e neste este período foram rececionadas 557 respostas.

O inquérito divide-se em seis secções, a primeira explica o objetivo do estudo apelando à participação até ao final do questionário e disponibilizando o email da investigadora para qualquer questão que surgisse aos inquiridos.

Na segunda secção foi recolhido o consentimento informado, salvaguardando o anonimato e confidencialidade das respostas. Em terceiro lugar foram feitas oito questões em resposta fechada para caracterização sociodemográfica da amostra. A quarta secção era composta pelos 42 itens da escala Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC) em Serviço Social, onde era utilizado uma escala do tipo Likert de 1 a 5 em que 1 era “Discordo Totalmente” e 5 “Concordo Totalmente”, “a escala de Likert é um conjunto de afirmações (itens) oferecidas para uma situação real ou hipotética em estudo. Os participantes são solicitados a mostrar a sua concordância, desde discordo totalmente a concordo totalmente com a informação dada em itens numa escala métrica” (Joshi et al., 2015:397) até à quarta secção, inclusive todas as perguntas eram de carácter obrigatório.

A quinta secção era composta por duas perguntas de resposta aberta de carácter facultativo. Sendo a primeira pergunta “*Considera que a pandemia COVID-19 veio agravar e/ou estimular as práticas colaborativas interdisciplinares na sua organização e/ou na sua prática? Se sim de que forma?*” obtendo o total de 124 respostas e a segunda pergunta “*Para terminar, gostaríamos de ter a sua opinião e ou sugestões do que poderia ser instituído para promover melhores práticas colaborativas interdisciplinares nas organizações.*” com 277 respostas.

Em relação à primeira questão apresentada, foram excluídas 98 respostas uma vez que não apresentavam conteúdo para análise, o mesmo aconteceu com a segunda pergunta onde foram excluídas 10 resposta pelo motivo já mencionado acima.

Alguns autores identificam algumas circunstâncias que favorecem a utilização de perguntas abertas, como (Günther & Júnior, 2012:204) cit in (Sommer e Sommer, 1986, p. 109) “quando não se conhece todas as possíveis respostas a uma pergunta; há muitas alternativas possíveis; não se procura sugerir respostas e ainda quando se pertence obter respostas nas próprias palavras dos inquiridos.” (Günther & Júnior, 2012).

Por último, a sexta secção teve como objetivo agradecer o preenchimento do questionário.

Os dados recolhidos foram exportados em formato Excel e codificados em compatibilidade com SPSS, software utilizado neste estudo para o tratamento estatístico dos dados. As respostas de pergunta aberta foram analisadas de forma qualitativa, através da desconstrução do conteúdo, foram construídas duas tabelas que demonstram segundo os inquiridos os prós e contras das práticas colaborativas interdisciplinares com a pandemia COVID-19, assim como as estratégias sugeridas para melhorar as práticas colaborativas.

### **3.5. Limitações e constrangimentos**

A pandemia Covid-19 levou a alguns constrangimentos no processo de recolha de dados, sendo que a investigação inicial seria sobre práticas colaborativas na pessoa com lesão cerebral adquirida, com necessidade de entrevistar profissionais de saúde, dado o contexto pandémico, considerou-se mudar o tema, aproveitando o interesse inicial de investigação sobre práticas colaborativas, o estudo direcionou-se para a validação de uma escala para o Serviço Social português sobre o tema.

A entrevista exploratória realizou-se antes da mudança de tema, pelo que algumas perguntas foram mais direcionadas para perceber os efeitos da utilização de práticas colaborativas na pessoa com lesão cerebral adquirida, o que levou a exemplos de práticas colaborativas na área da saúde, contudo revelou-se fundamental a exploração do tema com um perito na área, inclusive percebeu-se que existiam instrumentos que mediam as práticas colaborativas o que foi imprescindível para a mudança de tema.

Nas respostas de pergunta aberta, existiu várias que não foi possível a sua análise do seu conteúdo por serem apenas dadas respostas de carácter afirmativo ou negativo.

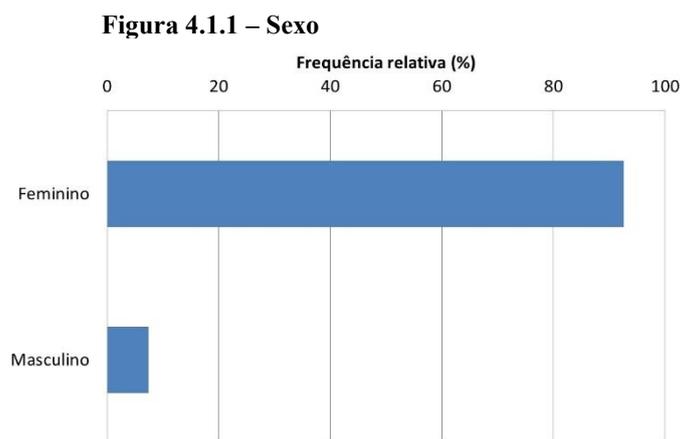


## CAPÍTULO 4

### Apresentação de Resultados

No presente capítulo procura-se analisar e discutir os dados recolhidos. Em primeiro lugar é apresentada a análise descritiva da amostra, seguida da análise de consistência interna da escala, posteriormente é feita uma análise descrita do Index for Interdisciplinary Collaboration, de seguida recorre-se à estatística descritiva e teste da ANOVA para compreender a relação entre os fatores da escala e os aspetos sociodemográficos, por último apresenta-se os dados recolhidos das duas perguntas de resposta aberta.

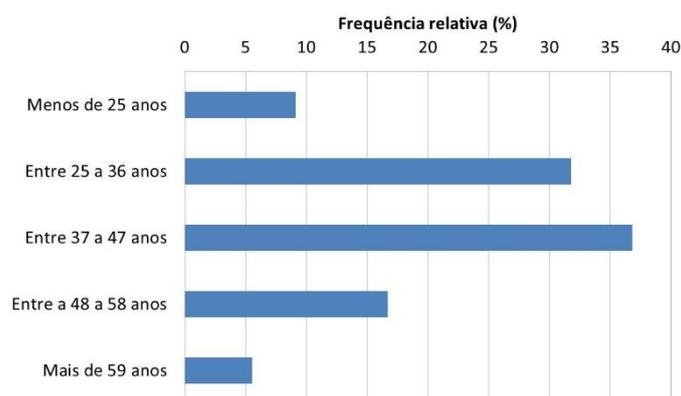
#### 4.1. Perfil Sociodemográfico da Amostra



Fonte: Elaboração Própria

Dos 557 participantes, 92,6% (516) são do género feminino e os restantes 7,4% (41) do género masculino.

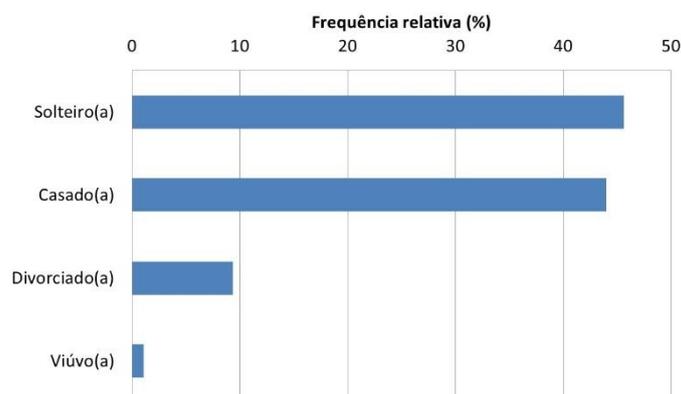
**Figura 4.1.2 - Idade**



Fonte: Elaboração Própria

Na amostra, 9.2% (51) tem menos de 25 anos, 31.8% (177) tem entre 25 a 36 anos, 36.8% (205) tem entre 37 a 47 anos, 16.7% (93) tem entre 48 a 58 anos e 5.6% (31) tem mais de 59 anos.

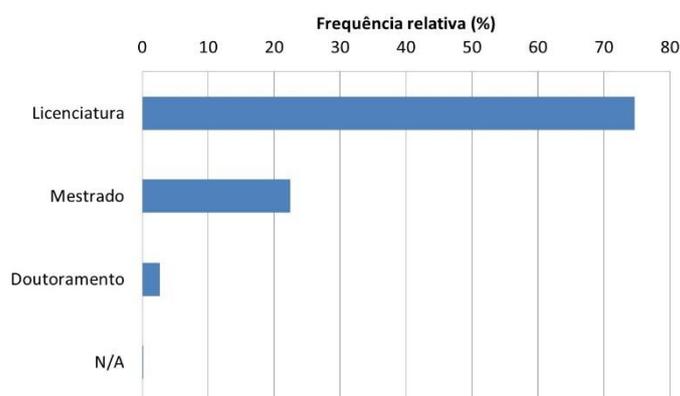
**Figura 4.1.3 – Estado civil**



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao estado civil, 45.6% (254) respondem solteiro(a), 44.0% (245) respondem casado(a), 9.3% (52) são divorciados e 1.1% (6) responderam viúvo(a).

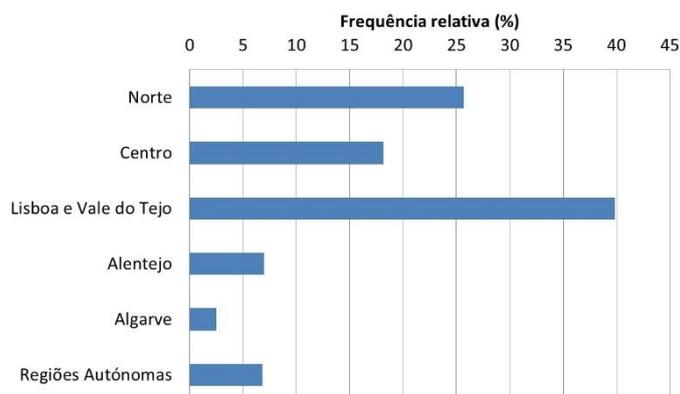
**Figura 4.1.4 - Escolaridade**



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao grau de escolaridade, 74.4% (416) referem ter Licenciatura, 22.4% (125) têm Mestrado, 2.7% (15) têm Doutoramento e 0.2% (1) que corresponde a um(a) inquirido(a) dá uma resposta não válida.

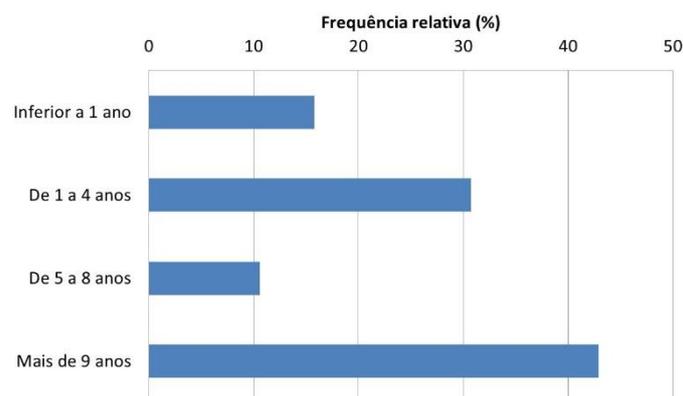
**Figura 4.1.5 - Região do exercício da atividade profissional**



Fonte: Elaboração Própria

Em relação à região onde os inquiridos exercem a sua atividade profissional, 39.9% (222) exercem atividade profissional na região de Lisboa e Vale do Tejo, 25.7% (143) na região Norte, segue-se a região Centro com 18.1% (101), de seguida 7.0% (39) na região do Alentejo, 6.8% (39) nas Regiões Autónomas e 2.5% (14) na região do Algarve.

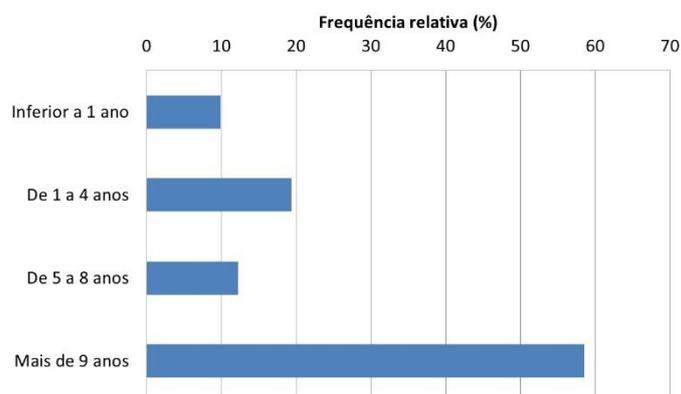
**Figura 4.1.6 - Tempo de exercício profissional**



Fonte: Elaboração Própria

Na amostra relativamente ao tempo de exercício de atividade, para 9.9% (88) dos inquiridos é inferior a 1 ano, para 19.4% (108) é de 1 a 4 anos, para 12.2% (68) é de 5 a 8 anos e para 58.5% (326) é mais de 9 anos.

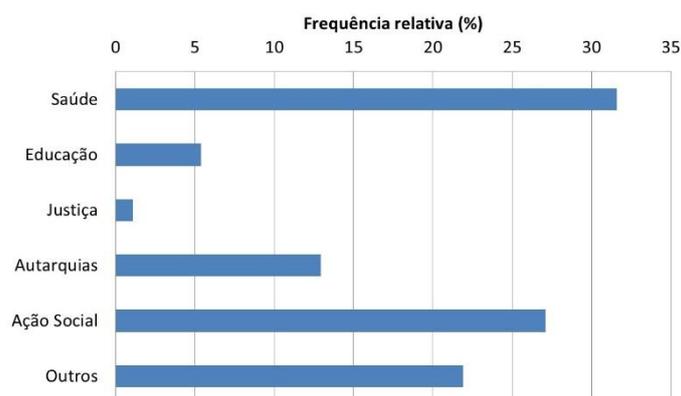
**Figura 4.1.7 – N.º de anos de exercício da função atual**



Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito ao número de anos na função profissional atual, para 15.8% (88) é inferior a 1 ano, para 30.7% (171) é de 1 a 4 anos, para 10.6% (59) é de 5 a 8 anos e para 42.9% (239) é mais de 9 anos.

**Figura 4.1.8 - Contexto de atividade profissional**



Fonte: Elaboração Própria

Na amostra, relativamente ao contexto de atividade profissional, para 31,6% (176) trabalha na área da Saúde, seguido de 27,1% (151) na Ação Social, 12,9% (72) em Autarquias, 5,4% (30) na Educação, 1,1% (6) na Justiça e 21,9% (122) estão em outros contextos.

## **4.2. Análise de consistência interna do Index de Colaboração Interdisciplinar (ICI)**

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e a partir das questões que as integram, de acordo com (Anastasi, 1990 ; DeVellis, 1991). O Alfa de Cronbach é o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas, medindo a forma como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Um valor do coeficiente de consistência interna medido pelo Alfa de Cronbach superior a 0,80 é considerado adequado, de acordo com (Muñiz, 2003),( Muñiz et al., 2005) e (Nunnally, 1978), que referem ainda que um valor entre 0,60 e 0,80 pode ser considerado aceitável.

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”) entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. É constituída por 42 itens, os quais se organizam em cinco fatores, após a exclusão de alguns dos itens da escala global.

Apresenta-se de seguida uma tabela descritiva com todos os fatores analisados.

**Quadro 4.2.1 -  $\alpha$  de Cronbach de todos os fatores**

	N	Alfa de	Correlação
	Itens	Cronbach	item-total
F1. Interdependência	13	<b>0,697</b>	0,056-0,536
F2. Atividades Profissionais recém-criadas	6	<b>0,623</b>	0,211-0,482
F3. Flexibilidade	5	<b>0,510</b>	0,243-0,338
F4. Propriedade coletiva de objetivos	8	<b>0,770</b>	0,409-0,572
F5. Reflexão sobre o processo	10	<b>0,771</b>	0,300-0,556

Fonte: Elaboração Própria

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60 para quase todos os fatores, pelo que os itens que os integram medem de forma aceitável os construtos associados, apenas para o fator “F3. Flexibilidade” o valor é inferior a 0,6, indicando que os itens integrantes desse fator o medem de forma próxima de aceitável. As correlações itens-total são sempre positivas próximo do mínimo adequado para quase todas as situações, exceto para um item do fator “F1. Interdependência”. Portanto, podemos considerar que os fatores apresentam consistência interna aceitável, pelo que podemos passar a analisar cada um dos fatores globalmente.

Para cada um dos fatores da escala, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da média das respostas aos itens que os constituem.

**Quadro 4.2.2 –  $\alpha$  de Cronbach para o Fator F1 - Interdependência**

	$\alpha$ de	Correlação	$\alpha$ com exclusão
N=557	Cronbach	item-total	do item
F1. Interdependência	$\alpha=0,697$		
1 - Recorro a profissionais de outras áreas profissionais pelos seus conhecimentos específicos.		,288	,685
2 - Dou, de forma consistente, a minha opinião a outros profissionais do meu contexto laboral.		,399	,674
3 - Profissionais de outras áreas recorrem, no meu contexto laboral, a assistentes sociais para um conjunto de tarefas.		,459	,663
R4 - A colaboração com profissionais de outras áreas profissionais não é relevante para a minha capacidade de apoiar os utentes.		,224	,695

	$\alpha$ de Cronbach	Correlação item-total	$\alpha$ com exclusão do item
N=557			
R5 - Raramente comunico com os meus colegas de outras áreas profissionais.		,411	,671
6 - Os meus colegas de trabalho de outras áreas profissionais sabem distinguir as suas funções das minhas.		,390	,670
R8 - Os meus colegas de outras áreas referenciam-me casos inadequados.		,056	,724
9 - Consigo enumerar os aspetos que distinguem a minha função profissional da função dos profissionais de outras áreas com quem trabalho.		,259	,688
10 - Considero que auxiliar o trabalho dos meus colegas faz parte da minha função profissional.		,253	,689
R11 - A cooperação com colegas de outras áreas não consta na descrição das minhas funções.		,277	,688
12 - Os meus colegas de outras áreas consultam-me com frequência.		,536	,650
R14 - Os meus colegas de diferentes áreas profissionais não me tratam como um colega em pé de igualdade.		,380	,671
15 - Os meus colegas de outras áreas acham que não conseguiriam fazer o seu trabalho de forma tão eficiente sem o apoio dos assistentes sociais.		,415	,665

Fonte: Elaboração Própria

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que os itens integrantes deste fator medem de forma aceitável o construto em análise. As correlações itens-total são sempre positivas e com valores pelo menos próximos de 0,3 para quase todas as situações, exceto para o item R8 que também contribui para que o valor de Alfa não seja superior. Portanto, podemos considerar que o Fator “F1. Interdependência” apresenta consistência interna aceitável nesta amostra.

**Quadro 4.2.3 –  $\alpha$  de Cronbach para o Fator F2 – Atividades profissionais recém-criadas**

	$\alpha$ de Cronbach	Correlação item-total	$\alpha$ com exclusão do item
N=557			
<b>F2. Atividades profissionais recém-criadas</b>	<b><math>\alpha=0,623</math></b>		
17 - Do trabalho coletivo entre colegas de diferentes áreas emergem programas novos e distintos.		,421	,560
18 - Os protocolos organizacionais refletem a existência de colaboração entre profissionais de diferentes áreas.		,482	,526
19 - Existem mecanismos/procedimentos formais para facilitar o diálogo entre profissionais de áreas distintas (ex.: as reuniões dos funcionários, formações, turnos, etc.).		,440	,541
R20 - Não tenho conhecimento de associações, comissões ou grupos de trabalho, na minha instituição/organização, que se tenham desenvolvido a partir de iniciativas interdisciplinares.		,238	,653
22 - Trabalhar com colegas de outras áreas leva a resultados que não conseguiríamos obter ao trabalhar sozinhos.		,211	,624
23 - Da minha colaboração com colegas de outras profissões surgem soluções criativas que eu não podia prever.		,422	,560

Fonte: Elaboração Própria

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que os itens integrantes deste fator medem de forma aceitável o construto em análise. As correlações itens-total são sempre positivas e com valores pelo menos próximos de 0,3 para todas as situações. O item R20 contribui para que o valor de Alfa não seja superior. Portanto, podemos considerar que o Fator “F2. Atividades profissionais recém-criadas” apresenta consistência interna aceitável nesta amostra.

**Quadro 4.2.4 -  $\alpha$  de Cronbach para o Fator F3 - Flexibilidade**

	$\alpha$ de Cronbach	Correlação item-total	$\alpha$ com exclusão do item
N=557			
<b>F3. Flexibilidade</b>	<b><math>\alpha=0,510</math></b>		
24 - Estou disposto(a) a aceitar tarefas que não constam na descrição da minha função, quando a situação assim o requer.		,338	,414
R25 - Não estou disposto(a) a sacrificar um certo grau de autonomia em função da resolução de problemas de forma colaborativa.		,288	,449
26 - Utilizo procedimentos formais e informais para resolver problemas com os meus colegas de outras áreas.		,290	,450
R27 - Os meus colegas de trabalho de outras áreas cingem-se, estritamente, a desempenhar as funções que lhes competem		,243	,487

	$\alpha$ de Cronbach	Correlação item-total	$\alpha$ com exclusão do item
N=557			
28 - Trabalho em conjunto com colegas que não são assistentes sociais de muitas formas diferentes.		,258	,469

Fonte: Elaboração Própria

O valor do Alfa de Cronbach está próximo do valor de 0,60, pelo que os itens integrantes deste fator medem de forma próxima de aceitável o construto em análise. As correlações itens-total são sempre positivas e com valores pelo menos próximos de 0,3. Não existem itens que contribuam para que o valor de Alfa seja superior. Portanto, podemos considerar que o Fator “F3. Flexibilidade” apresenta consistência interna próxima de aceitável nesta amostra.

#### Quadro 4.2.5 - $\alpha$ de Cronbach para o Factor F4 - Propriedade coletiva de objetivos

	$\alpha$ de Cronbach	Correlação item-total	$\alpha$ com exclusão do item
N=557			
F4. Propriedade coletiva de objetivos	<b><math>\alpha=0,770</math></b>		
31 - Os profissionais de outras áreas com quem trabalho estimulam a participação dos familiares no processo de intervenção.		,460	,747
R32 - Os meus colegas de outras áreas não estão empenhados em trabalhar em conjunto.		,418	,755
33 - Os meus colegas de outras áreas discutem as discordâncias comigo de forma a resolvê-las.		,572	,730
34 - Quando colegas de diferentes áreas tomam decisões em conjunto, passam por um processo de avaliação de alternativas.		,405	,756
35 - As minhas interações com colegas de outras áreas ocorrem num contexto em que há liberdade para ter uma opinião diferente e discordar.		,526	,739
36 - Os utentes participam no planeamento interdisciplinar que lhes diz respeito.		,504	,740
37 - A responsabilidade de desenvolver planos de tratamento é assumida por colegas de todas as áreas profissionais.		,509	,738
R38 - Na implementação dos planos de tratamento não participam colegas de todas as áreas profissionais.		,409	,759

Fonte: Elaboração Própria

O valor do Alfa de Cronbach está próximo do valor de 0,80, pelo que os itens integrantes deste fator medem de forma próxima de adequada o construto em análise. As correlações itens-total são sempre positivas e com valores superiores a 0,3. Não existem itens que contribuam

para que o valor de Alfa seja superior. Portanto, podemos considerar que o Fator “F4. Propriedade coletiva de objetivos” apresenta consistência interna próxima de adequada nesta amostra.

**Quadro 4.2.6 -  $\alpha$  de Cronbach para o Fator F5 - Reflexão sobre o processo**

	$\alpha$ de Cronbach	Correlação item-total	$\alpha$ com exclusão do item
N=557			
<b>F5. Reflexão sobre o processo</b>	<b><math>\alpha=0,771</math></b>		
39 - Os profissionais de outras áreas são diretos no que diz respeito à partilha de informação com utentes.		,356	,762
40 - Discuto, frequentemente, com os meus colegas de outras áreas sobre estratégias diferentes para melhorar as nossas relações profissionais.		,534	,739
41 - Falo com os meus colegas de outras áreas sobre formas de envolver outros profissionais no nosso trabalho conjunto.		,556	,738
R43 - Os meus colegas que não são assistentes sociais não tentam criar um ambiente positivo na nossa organização.		,300	,772
44 - Sou otimista relativamente à capacidade dos meus colegas de áreas diferentes de colaborarem comigo para a resolução de problemas.		,524	,746
45 - Colaboro com os meus colegas de outras áreas a abordar conflitos com outros profissionais diretamente.		,400	,757
46 - Os meus colegas de outras áreas, que não o serviço de ação social, são tão capazes como eu de enfrentar obstáculos ao sucesso da nossa colaboração.		,379	,759
47 - Falo com os meus colegas de outras áreas sobre as diferenças e semelhanças dos nossos cargos, incluindo competências, funções e estereótipos.		,494	,744
R48 - Eu e os meus colegas de áreas profissionais diferentes da minha não avaliamos o nosso trabalho em conjunto.		,378	,763
49 - Discuto com profissionais de outras áreas o grau de envolvimento que cada um de nós deve ter num determinado caso.		,528	,740

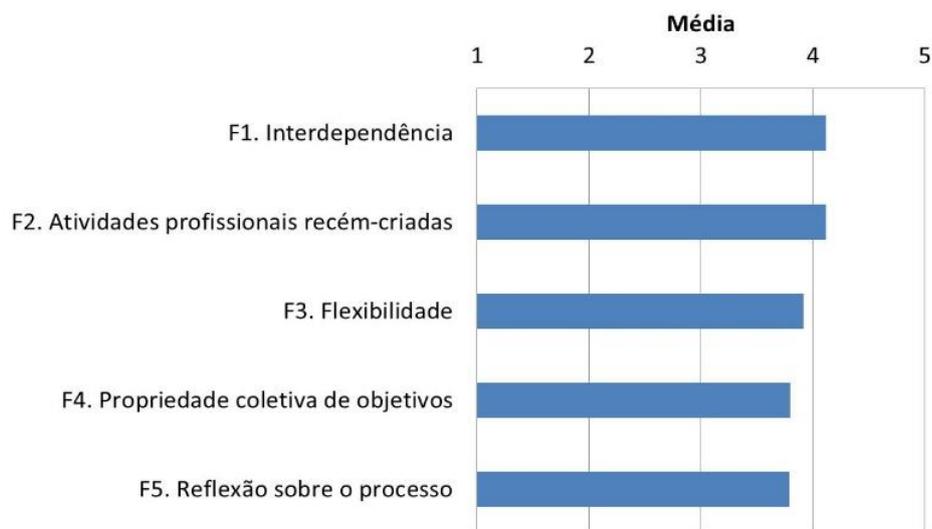
Fonte: Elaboração Própria

O valor do Alfa de Cronbach está próximo do valor de 0,80, pelo que os itens integrantes deste fator medem de forma próxima de adequada o construto em análise. As correlações itens-total são sempre positivas e com valores superiores a 0,3. Não existem itens que contribuam para que o valor de Alfa seja superior. Portanto, podemos considerar que o Fator “F5. Reflexão sobre o processo” apresenta consistência interna próxima de adequada nesta amostra.

### 4.3. Análise Descritiva do Index de Colaboração Interdisciplinar (ICI) em Serviço Social

Para cada um dos fatores da escala, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da média das respostas aos itens que os constituem.

Figura 4.3.1 - Fatores do Index for Interdisciplinary Collaboration

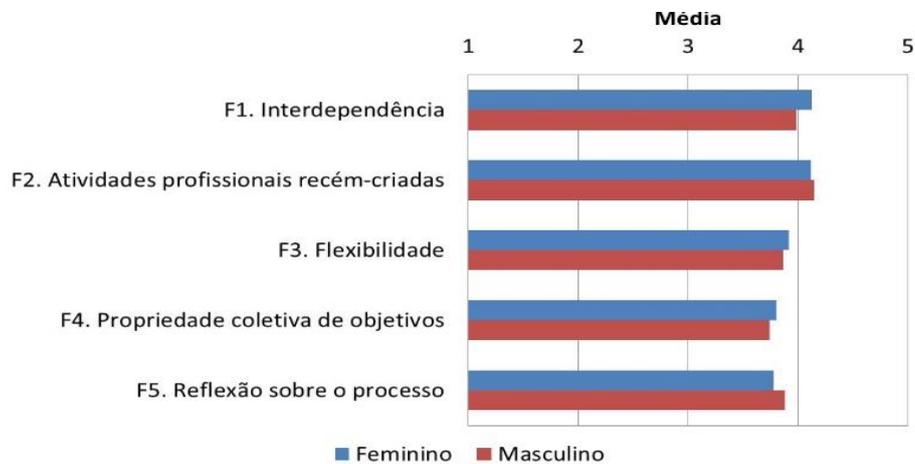


Fonte: Elaboração Própria

Podemos verificar que os fatores mais verificados, em média, são “F1. Interdependência” (M=4,12) e “F2. Atividades profissionais recém-criadas” (M=4,12), seguidos de “F3. Flexibilidade” (M=3,91) e depois de “F4. Propriedade coletiva de objetivos” (M=3,80) e “F5. Reflexão sobre o processo” (M=3,79), apresentando todos um valor médio bastante superior ao ponto intermédio da escala de medida.

#### 4.4. Relação entre os fatores da escala com os Dados sociodemográficos

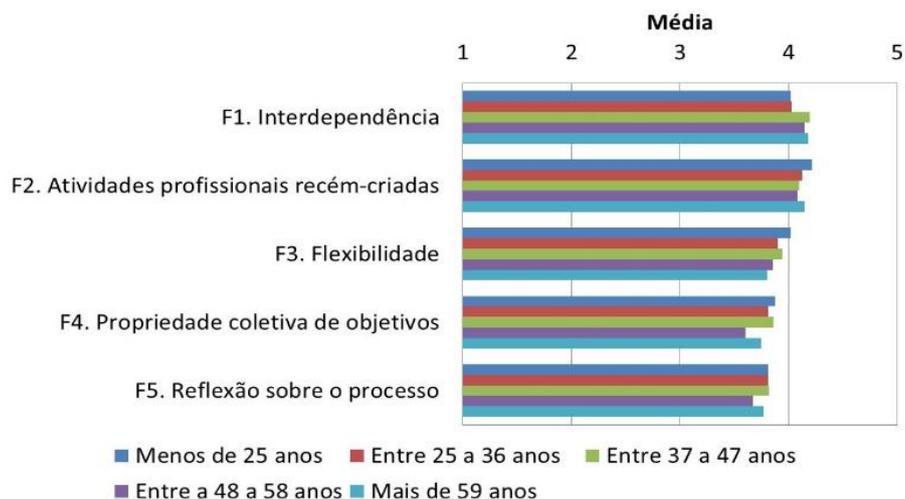
Figura 4.4.1 - Relação entre os fatores da Escala Index for Interdisciplinary Collaboration com o Sexo



Fonte: Elaboração Própria

Na amostra, o valor médio dos fatores “F1. Interdependência”, “F3. Flexibilidade” e “F4. Propriedade coletiva de objetivos” é superior para o sexo feminino, dos fatores “F2. Atividades profissionais recém-criadas” e “F5. Reflexão sobre o processo” é superior para o sexo masculino, mas as diferenças observadas não são significativas para nenhum dos fatores, de acordo com o teste t ( $p > 0,05$ ), embora esteja perto de o ser para o fator “F1. Interdependência”.

Figura 4.4.2 - Relação entre os fatores da Escala Index for Interdisciplinary Collaboration com a Idade



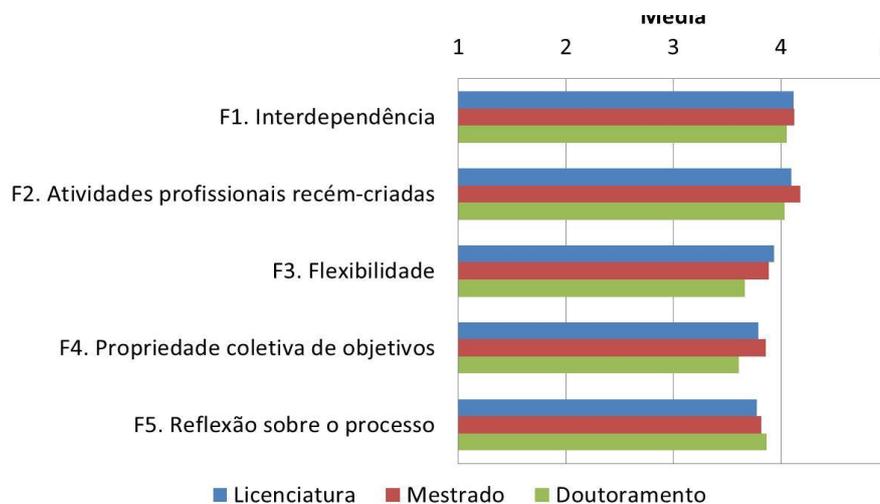
Fonte: Elaboração Própria

O valor médio do fator “F1. Interdependência” é superior para as idades entre 37 a 47 anos e mais de 59 anos e inferior para as idades menos de 25 anos e entre 25 a 36 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas de acordo com o teste ANOVA ( $F_{4,552}=4,466$ ,  $p=0,001$ ).

O valor médio do fator “F4. Propriedade coletiva de objetivos” é superior para as idades menos de 25 anos e entre 37 a 47 anos e inferior para as idades entre 48 a 58 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas de acordo com o teste ANOVA ( $F_{4,552}=3,152$ ,  $p=0,014$ ).

Na amostra, o valor médio do fator “F2. Atividades profissionais recém-criadas” tende a diminuir com o aumento da idade exceto para mais de 59 anos, do fator “F3. Flexibilidade” tende também a diminuir com o aumento da idade exceto para entre 37 a 47 anos, e do “F5. Reflexão sobre o processo” é inferior para entre 48 a 58 anos seguidos de mais de 59 anos, no entanto, as diferenças observadas não são significativas para nenhum destes fatores ( $p>0,05$ ).

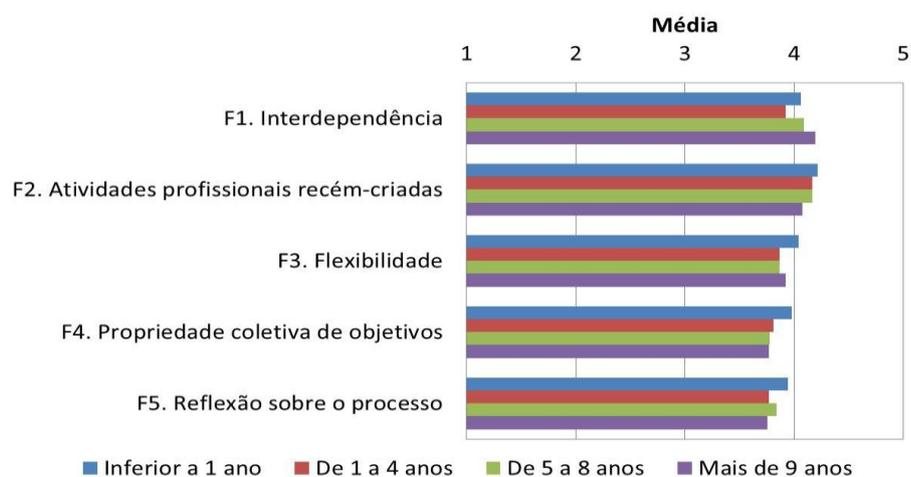
**Figura 4.4.3 - Relação entre os fatores da Escala Index for Interdisciplinary Collaboration com a Escolaridade**



Fonte: Elaboração Própria

Na amostra, o valor médio dos fatores “F1. Interdependência”, “F3. Flexibilidade” e “F4. Propriedade coletiva de objetivos” é inferior para quem tem doutorado, do fator “F2. Atividades profissionais recém-criadas” é superior para quem tem mestrado e do “F5. Reflexão sobre o processo” aumenta com o aumento da escolaridade, no entanto, as diferenças observadas não são significativas para nenhum dos fatores ( $p>0,05$ ).

**Figura 4.4.4 - Relação entre os fatores e o Tempo de exercício profissional**

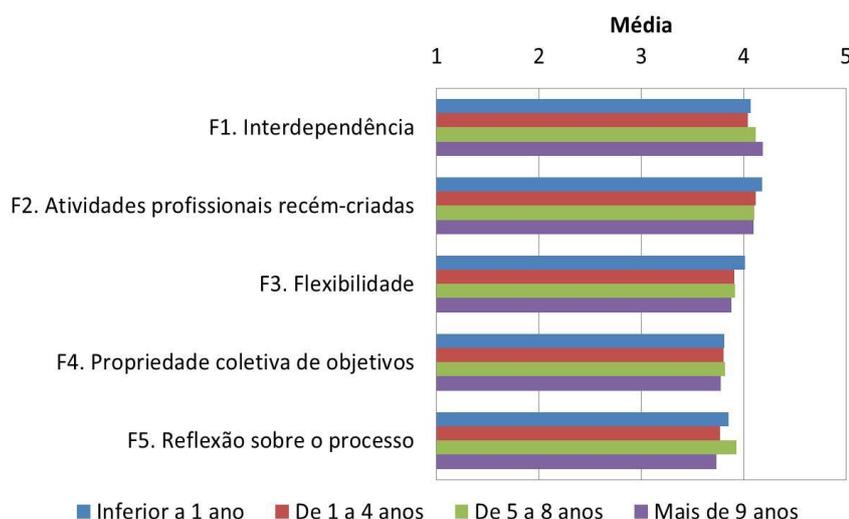


Fonte: Elaboração Própria

O valor médio do fator “F1. Interdependência” é superior para o tempo de exercício de atividade de mais de 9 anos e inferior para o tempo de 1 a 4 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas de acordo com o teste ANOVA ( $F_{3,553}=10,825$ ,  $p<0,001$ ).

Na amostra, o valor médio do fator “F2. Atividades profissionais recém-criadas” tende a diminuir com o aumento do tempo de exercício de atividade e dos fatores “F3. Flexibilidade”, “F4. Propriedade coletiva de objetivos” e “F5. Reflexão sobre o processo” é superior para o tempo de exercício de atividade inferior a 1 ano, no entanto, as diferenças observadas não são significativas para nenhum destes fatores ( $p>0,05$ ).

**Figura 4.4.5 - Relação entre os fatores e o Número de anos na função profissional atual**



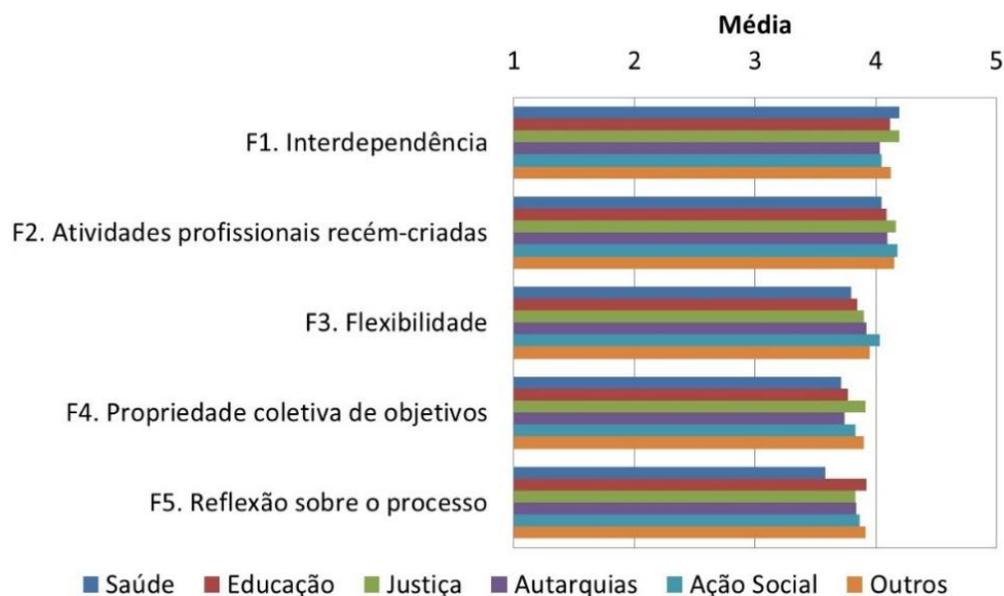
Fonte: Elaboração Própria

O valor médio do fator “F1. Interdependência” tende a aumentar com o aumento do número de anos na função profissional, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas de acordo com o teste ANOVA ( $F_{3,553}=4,423$ ,  $p=0,004$ ).

Na amostra, o valor médio dos fatores “F2. Atividades profissionais recém-criadas” e “F3. Flexibilidade” tendem a diminuir com o aumento do número de anos na função profissional atual, do fator “F4. Propriedade coletiva de objetivos” é inferior para o tempo de mais de 9 anos e do “F5. Reflexão sobre o processo” é superior para o tempo de 5 a 8 anos seguido do tempo inferior a 1 ano, no entanto, as diferenças observadas não são significativas para nenhum destes fatores ( $p>0,05$ ).

Em resumo, podemos concluir que apenas o fator “F1. Interdependência” varia de forma significativa com o tempo de experiência profissional, sendo superior para o tempo de exercício de atividade de mais de 9 anos e inferior para o tempo de 1 a 4 anos, e tendendo a aumentar com o aumento do número de anos na função profissional.

**Figura 4.4.6 - Relação entre os fatores e o Contexto profissional**



Fonte: Elaboração Própria

O valor médio do fator “F1. Interdependência” é superior para os contextos Saúde e Justiça e inferior para os contextos Autarquias e Ação Social, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas de acordo com o teste ANOVA ( $F_{5,551}=2,408$ ,  $p=0,036$ ).

O valor médio do fator “F3. Flexibilidade” é superior para o contexto Ação Social, seguido de Autarquias e Justiça e inferior para o contexto Saúde, seguido de Educação, sendo

as diferenças observadas estatisticamente significativas de acordo com o teste ANOVA ( $F_{5,551}=3,323$ ,  $p=0,006$ ).

O valor médio do fator “F5. Reflexão sobre o processo” é superior para os contextos Educação e Outros e inferior para o contexto Saúde, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas de acordo com o teste ANOVA ( $F_{5,551}=6,531$ ,  $p<0,001$ ).

Na amostra, o valor médio do fator “F2. Atividades profissionais recém-criadas” é superior para os contextos Ação Social e Justiça e inferior para o contexto Saúde, e do fator “F4. Propriedade coletiva de objetivos” é superior para os contextos Justiça e Outros e inferior para os contextos Saúde e Autarquias, no entanto, as diferenças observadas não são significativas para nenhum destes fatores ( $p>0,05$ ).

## **5. Influência da COVID-19 nas práticas colaborativas interdisciplinares**

Se recuarmos ao ano de 2019, onde despoletou a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, assistimos a uma readaptação do mundo para enfrentar um desafio de saúde pública. Foi visível a colaboração que existiu entre países, organizações, investigadores unindo esforços e saberes para encontrarem uma solução o mais rápido possível, também a população em geral esteve envolvida seguindo as orientações dadas pelas organizações de saúde para que todos contribuíssemos para diminuir a disseminação do vírus, podemos dizer que todos tivemos envolvidos num trabalho de colaboração em escala mundial, com um objetivo comum.

“A necessidade de colaborações interprofissionais entre os membros de uma equipa organizacional e entre organizações não é nova, mas intensificou-se desde a pandemia.”, segundo (Nazir, et al., 2021:2225). (Cabiati, 2021:2) relembra que “a literatura do Serviço Social sugere que os assistentes sociais estão frequentemente na vanguarda da intervenção em crises.”, Pascoe (2022:3268) refere que “os assistentes sociais foram obrigados a ajustar-se à prática remota, adotando tecnologias para o envolvimento contínuo com os utentes do serviço.”

A autora Elena Cabiati escreve sobre a sua análise à iniciativa ‘Social Workers Helping Each Other’ lançada em Itália para ajudar os profissionais a permanecerem resilientes e apoiarem-se mutuamente durante a pandemia do COVID-19. Afirma que “o COVID-19 afetou significativamente a prática do Serviço Social, e os assistentes sociais expressaram a necessidade de partilhar questões práticas e organizacionais.” (Cabiati, 2021:7).

O diálogo entre assistentes sociais nas sessões de grupo refletiu o compromisso dos assistentes sociais em serem produtivos, proativos e superar o isolamento social, mantendo relações de ajuda com os utentes. Os assistentes sociais têm a oportunidade de renovar o seu compromisso com as pessoas mais vulneráveis da sociedade, descobrindo outras formas de realizarem a sua intervenção. (Cabiati, 2021). Alguns dos inquiridos referem como ponto positivo a “maior utilização de canais tecnológicos,” no entanto (Pascoe, 2022:3281) identifica que esta situação pode ser uma barreira à colaboração, uma vez se “corre o risco de a prática ser orientada por assistentes sociais em vez de um diálogo baseado em parceria.”

De uma forma geral, os aspetos positivos que os inquiridos identificaram são superiores aos aspetos negativos, evidenciando que a complexidade da pandemia, levou a uma adaptação de todos os profissionais e consequentemente das equipas, existiu flexibilidade que permitiu construir estratégias eficazes em prol de um bem comum (ver tabela 5.1).

**Tabela 5.1 - Influência da COVID-19 nas práticas colaborativas interdisciplinares**

<b>Influência da COVID-19 nas práticas colaborativas interdisciplinares</b>	
<b>Aspetos Positivos</b>	<b>Aspetos Negativos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimento de maior colaboração entre a equipa;</li> <li>- Soluções integradas e em cooperação;</li> <li>- Procura de novas estratégias de intervenção social;</li> <li>- Maior utilização de canais tecnológicos de comunicação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restrição de reuniões presenciais e deslocações;</li> <li>- Maior distanciamento entre colaboradores durante o período de teletrabalho;</li> </ul>

Fonte: Elaboração Própria

O facto de o Serviço Social enfrentar um contexto de crise, à semelhança de todas as outras áreas profissionais, fez com que se repensasse de que forma poderíamos promover através de estratégias melhores práticas, e práticas colaborativas. De que forma podemos continuar a realizar um trabalho interdisciplinar em prol dos utentes/famílias que foram acompanhadas durante a pandemia. O perito entrevistado falou sobre a importância da interface colaborativa, isto é, “as entidades precisam de ter uma ligação virtual que liga a sua interface colaborativa” (P1, 2020), promovendo assim a colaboração consistente, se efetivamente pensarmos nesta questão, era uma mais valia os serviços estarem ligados virtualmente.

Os inquiridos mencionaram algumas estratégias para melhores práticas colaborativas interdisciplinares (ver tabela 5.2).

O reconhecimento da prática profissional do assistente social, foi uma das propostas apresentadas pelos inquiridos, é possível observar através da análise descritiva dos itens que o “Item 6 - Os meus colegas de trabalho de outras áreas profissionais sabem distinguir as suas funções das minhas.”, apresenta uma média de 3,63, o que reflete não existir uma concordância alta para este item, na percepção de que os outros profissionais reconhecem as funções do assistente social.

A Associação Nacional de assistentes sociais dos Estados Unidos (2013) propõem um conjunto de ações que pode ajudar neste reconhecimento, sendo que no primeiro passo está implícito que é preciso reconhecer as diferenças entre o Serviço Social e as outras disciplinas, para isso é importante o profissional estar ciente das suas próprias referências e suposições, afirmar os pontos fortes das disciplinas, discutir as diferenças na responsabilidades das tarefas das respetivas disciplinas, explorar a diferença das metas e resultados profissionais, analisar uma variedade de abordagens e escolher aquela mais adequada para alcançar o resultado desejado.

A formação e a investigação sobre o tema também foram apontadas como estratégias que podem capacitar os profissionais e consequentemente contribuir para a existência de práticas colaborativas na sua prática. (Marta, 2016:54) cit in (Martins, 2002:58) afirma que o Serviço Social continua a ser o “parente pobre” do conhecimento cientificamente produzido na área das Ciências Sociais, consequentemente a falta de investimento na investigação contribui para “o risco da potencial diluição da autonomia do campo do serviço social” (Marta, 2016:54), sendo que a maior autonomia no trabalho social foi apontada como uma estratégia, é importante que os profissionais estejam também cientes que é preciso um esforço/investimento em trazer conhecimento científico para o campo do Serviço Social.

**Tabela 5.2 - Estratégias para melhores práticas colaborativas interdisciplinares**

<b>Estratégias para melhores práticas colaborativas interdisciplinares</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Maior autonomia no trabalho social;</li><li>- Reconhecimento da prática profissional do assistente social;</li><li>- Formação;</li><li>- Promoção de encontros entre profissionais;</li><li>- Comunicação clara e eficaz na equipa;</li><li>- Reuniões interdisciplinares com frequência;</li><li>- Investigação ou produção de conhecimento sobre o tema;</li></ul>

Fonte: Elaboração Própria

## CAPÍTULO 5

### **Discussão de Resultados**

O presente estudo teve como objetivo primordial a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento “Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC) from Bronstein (2002)”, para o contexto português de intervenção do Serviço Social averiguando igualmente as suas características psicométricas. A investigação e a validação de instrumentos para o Serviço Social português é um contributo importante para o conhecimento da disciplina, (Serafim & Santos, 2013:3) referem que “a produção de conhecimento deverá ser parte indissociável da prática profissional”.

Os resultados do presente estudo evidenciam que a maioria dos inquiridos nos remete para a predominância do sexo feminino na profissão de Serviço Social o que vai ao encontro da trajetória histórica da mesma.

(Parker, et al., 2019:5) cit in (Chaim Noy, 2008) “as mulheres são potencialmente super-representadas no método bola de neve devido à sua probabilidade de serem mais cooperativas”.

Observa-se que no grupo de inquiridos existe uma concordância superior, em como se esforçam para a criação de um ambiente positivo na organização, assim como o reconhecimento que trabalhar com colegas de outras áreas e incorporar e olhar o saber de outros levam a resultados que não conseguiriam chegar sozinhos, “participantes enfatizaram a importância de várias profissões aprenderem umas com as outras” (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016:5), por outro lado, existe uma concordância inferior a itens que desvalorizam a comunicação, a colaboração e a cooperação com profissionais de outras áreas, o que demonstra que os inquiridos, consideram que estes atos não fazem parte do seu dia a dia enquanto membros de uma equipa.

Evidencia-se nesta investigação que os profissionais inquiridos consideram a colaboração interdisciplinar presente na sua prática profissional, todos os fatores que estavam em análise na escala (interdependência, atividades profissionais recém-criadas, flexibilidade, propriedade coletiva de objetivos e reflexão sobre o processo), apresentam todos um valor médio bastante superior ao ponto intermédio da escala, contudo, (Casado et al., 2020:16) alerta que “a maioria dos assistentes sociais considera as práticas colaborativas altamente importantes, embora muitas vezes seja claro que nem sempre as implementam na mesma proporção”.

O fator “F1 - Independência” é superior, quando analisado com o fator do tempo de exercício na profissão atual, assim como com o aumento do número de anos na função

profissional, (Billett, 2006) refere que o reconhecimento da interdependência é garantido ao longo das conceções de aprendizagem ao longo da vida profissional. (Bronstein, 2002:144) refere que “para trabalhar de uma forma independente, os profissionais devem manter uma compreensão clara dos seus papéis no processo e saber usá-lo adequadamente”, refere ainda que para o sucesso da interdependência tem de existir uma boa comunicação entre profissionais assim como compreender o papel de cada profissional na colaboração.

Conclui-se assim, que os inquiridos na investigação que estão há mais tempo na função profissional atual, assim como aqueles que já trabalham há mais tempo na área, reconhecem o seu papel profissional dentro da equipa e compreendem o papel desempenhado pelos restantes membros. (Bronstein, 2002:144) refere ainda que a interdependência caracteriza-se pelo “tempo formal e informal passado em conjunto, comunicação oral e escrita com os colegas, valorização e respeito pelas opiniões e contribuições profissionais conforme necessário para fazer o trabalho”.

Ainda em relação ao fator “F1. Interdependência”, quando analisado com o contexto profissional dos inquiridos, observa-se que é superior para os profissionais que trabalham na área da saúde e da justiça, em relação aos inquiridos que trabalham na ação social e em autarquias.

(Silva, et al., 2013:5) referem que “as organizações de saúde são caracterizadas por ambientes altamente complexos, dinâmicos, imprevisíveis e sujeitos a grandes mudanças geradoras de conflitos nas equipas.”, caracterizam ainda as organizações de saúde como “como burocracias profissionalizadas, constituídas por profissionais altamente diferenciados dos quais depende a realização das tarefas.” (Silva, et al., 2013:28), é indiscutível o esforço da coordenação e interdependência. (Pype et al., 2018:1) referem que “as equipas de saúde interdisciplinares podem ser vistas como Sistemas Adaptativos Complexos (CAS), concentrando-se mais na interação dos membros da equipa uns com os outros do que nas características individuais dos membros da equipa.”

Quanto ao “F2. Atividades profissionais recém-criadas”, não apresenta significado quando relacionado com os vários fatores sociodemográficos, excepto quando relacionado com o contexto profissional dos inquiridos, sendo superior os contextos ação social e justiça e inferior para o contexto da saúde, pode-se assim concluir que na área da justiça e da ação social os assistentes sociais que responderam ao inquérito, estão mais familiarizados com programas e estruturas que podem alcançar mais, do que a atuação individual de cada um, por outras palavras, a sua colaboração vai além do seu “eu” e dos seus serviços diretos. (Bronstein,

2003:300) refere que este fator pode ser “observável em novas estruturas, políticas e sistemas de prestação de serviços.”

Em relação ao fator “F3. Flexibilidade” tende a diminuir com o aumento da idade, (Almeida, 2021:10) alega que “embora as pessoas mais velhas sejam consideradas mais leais e confiáveis, também são consideradas como menos flexíveis”, ou seja, já existe uma menor disponibilidade em “alcançar compromissos produtivos em face de desacordo e a alteração do papel como profissionais” (Bronstein, 2003:301).

No presente estudo os inquiridos que apresentaram ser mais flexíveis são aqueles que trabalham em contexto de ação social, sendo que a área da saúde e da educação estão em último lugar no que toca à flexibilidade. A flexibilidade e a criatividade são consideradas pontos fortes e valiosas para a profissão, tornando-se ainda mais importantes à medida que avançamos em direção ao futuro (Lombardi, et al., 2017; Williams, 2016).

O quarto fator “F4. Propriedade coletiva de objetivos” apresenta diferenças observadas estatisticamente significativas, quando relacionado com a idade dos inquiridos, apresentando-se superior para os inquiridos mais novos e inferior para os inquiridos mais velhos, (Bronstein, 2003:301) caracteriza este fator pela existência de “um compromisso com o cuidado centrado no cliente” e na responsabilidade que cada profissional tem no processo de um cliente. (Bronstein, 2003), podemos assim referir os assistentes sociais mais jovens são mais disponíveis para assumirem a sua responsabilidade no sucesso e no fracasso numa determinada intervenção, quando comparados aos assistentes sociais mais velhos, segundo Bronstein, 2003:301) cit in (Bruner, 1991; Mattessich & Monsey, 1992), “a literatura multidisciplinar sobre colaboração identifica a propriedade coletiva dos objetivos como um componente central para uma colaboração bem-sucedida”.

Por último temos o “F5 - Reflexão sobre o processo”, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, quando relacionado com o contexto profissional, sendo superior no contexto de educação e outros e inferior para o contexto da saúde.

A prática reflexiva é um conceito central no Serviço Social, é através dela que é possível melhorar o trabalho individual e conseqüentemente o trabalho em equipa, embora se reconheça que a reflexão desempenha um contributo essencial é muitas vezes uma componente esquecida.

A prática reflexiva permite que os indivíduos promovam a aquisição de conhecimentos, facilitando uma melhoria de desempenho no trabalho assim como o aumento de competências. (Hetnezer, 2013).

Segundo (Dini, 2020:66) cit in (Chetcuti et al., 2011; Fazio, 2009; Fook et al., 2016; Freese, 1999; Jay & Johnson, 2002; Mann, Gordon e MacLeod, 2009; Smith, 1989). “a reflexão

pode cumprir várias funções, principalmente para ajudar a dar sentido a uma situação complexa”.

Em suma os dados sugerem que a versão portuguesa do “Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC)”, possui indicadores relativamente bons, apresentando Alpha de Cronbach, aceitável para os cinco fatores que constituem a escala, pelo que é um instrumento apto a ser utilizável não só em Serviço Social, mas também noutras áreas.

## Conclusões

A prática profissional dos assistentes sociais pressupõe um contacto de proximidade e articulação com outros profissionais estejam eles dentro ou fora da equipa. A partilha de saberes entre profissionais leva ao olhar do problema/necessidade apresentada pelo utente/família de uma forma global e não se restringe apenas ao olhar de um campo profissional, o que faz com que o plano de intervenção seja mais abrangente, exaustivo, podendo mais rapidamente serem colmatadas as necessidades apresentadas.

A colaboração interdisciplinar é importante uma vez que as organizações e as pessoas são vastas e complexas, por isso seria ingénuo por parte do assistente social ou de qualquer outro profissional pensar que conseguia suprimir todas as necessidades da pessoa com quem intervém apenas através da sua perspetiva e do seu conhecimento

Para próximas investigações, pode ser interessante passar a escala a grupos restritos de assistentes sociais, definindo previamente grupos de acordo com o a área onde integram as suas funções, é possível ter uma análise mais detalhada da perspetiva que cada profissional tem sobre práticas colaborativas de acordo com o seu contexto de trabalho, aprofundando ainda mais se pode ou não existir diferenças de perspetivas consoante o local onde é exercido a sua prática profissional, ter em conta o tamanho da equipa com quem o inquirido trabalha diariamente, assim como a diversidade de profissionais que a constituem, pode ser um dado relevante e importante a investigar.

Considera-se ainda que seria de igual importância investigar um determinado grupo de profissionais/equipa e poder por outro lado perceber se os utentes que são acompanhados naquele serviço sente que adoção de práticas colaborativas existente ou não entre profissionais, beneficia ou não a sua atuação na resolução de problemas que os utentes apresentam, estudo de caso pode ser relevante para perceber esta questão.

(Zerdena et al., 2019) refere que ainda se sabe pouco sobre os fatores que promovem ou inibem o sucesso dos assistentes sociais como membros de equipas interprofissionais. Existe pouca informação disponível para explicar como a adição desta categoria profissional pode afetar o funcionamento de uma equipa.

A maioria dos estudos sobre as práticas colaborativas, sobretudo estudos que fazem referência ao papel do assistente social na equipa, são centrados nas equipas de saúde, não existindo ainda muitos trabalhos de investigação que investiguem as práticas colaborativas

noutros contextos profissionais que o assistente social também está presente enquanto membro daquela equipa.

A investigação nesta área é importante e deve continuar a ser explorada, uma vez que é uma área de pesquisa pouco investigada no Serviço Social e tem uma enorme relevância na atualidade, uma vez que os problemas sociais apresenta-se cada vez mais complexos.

De um modo geral o presente estudo contribuiu para a validação psicométrica de um instrumento que permitirá avaliar a perceção dos profissionais sobre a qualidade das suas experiências colaborativas numa equipa interdisciplinar.

A utilização deste instrumento nos vários contextos profissionais, poderá ajudar a compreender nível de colaboração em diversas dimensões e potenciar estratégias de melhoria entre essas redes colaborativas. Por exemplo, poderá ser uma forma de auxiliar os assistentes sociais e outros profissionais a conseguirem identificar potencialidades, assim como perceber as dimensões, que podem ser desfavoráveis ao fenómeno da participação colaborativa nos processos de resolução e intervenção com a pessoa vulnerável.

O “Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC)”, poderá ser um instrumento útil e orientador de intervenções entre áreas interdisciplinares e não apenas para o Serviço Social, tendo como foco as respostas holísticas, e os processos de comunicação e articulação entre profissionais.

## Referências Bibliográficas

Almeida, C. P. G. P. S. D. A. (2021). *Contratação de Pessoas Mais Velhas: Uma Responsabilidade dos Gestores* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. RepositórioISMT.

<https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/1273/1/Contrata%C3%A7%C3%A3o%20de%20pessoas%20mais%20velhas%20Carlos%20Pedro.pdf>

Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & Social Work*, 41(2), 1–9. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>

Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: McMillan.

Armitage, P.; & Colton, T. (2005). Snowball Sampling. *Encyclopedia of Biostatistics*. 10.1002/0470011815.b2a16070

Associação dos Profissionais de Serviço Social. (2018). Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal. [https://www.apss.pt/wp-content/uploads/2018/12/CD\\_AS\\_APSS\\_Final\\_APSS\\_AssembGeral25-10-2018\\_aprovado\\_RevFinal.doc-1-converted-1-C%C3%B3pia.pdf](https://www.apss.pt/wp-content/uploads/2018/12/CD_AS_APSS_Final_APSS_AssembGeral25-10-2018_aprovado_RevFinal.doc-1-converted-1-C%C3%B3pia.pdf)

Baldin, N., & Munhoz, E, M. B. (2011, novembro 7-10) *Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária*. [Sessão de conferência]. X Congresso Nacional de Educação – Educere. Universidade Católica do Paraná. [https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398\\_2342.pdf](https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf)

Billett, S. (2006). Relational Interdependence Between Social and Individual Agency in Work and Working Life. *Mind, Culture, and Activity*, (3), 53-69. doi:10.1207/s15327884mca1301\_5

British Association of Social Workers. (2015, junho). Collaboration isn't easy, but essential in social work. <https://www.basw.co.uk/media/news/2015/jun/collaboration-isnt-easy-essential-social-work>

Bronstein, L. R. (2002). Index of interdisciplinary collaboration. *Social Work Research*, 26(2), 113-126. <https://doi.org/10.1093/swr/26.2.113>

Bronstein, L. R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3), 297–306. DOI: 10.1093/sw/48.3.297

Bruner. C. (1991) Thinking Collaboratively: Ten Questions and Answers To Help Policy Makers Improve Children's Services. *Education and Human Services Consortium*, 2-33. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED338984.pdf>

Cabiati, E. (2021). Social workers helping each other during the COVID-19 pandemic: Online mutual support groups. *International Social Work*, (64), 676-688 <https://doi.org/10.1177/0020872820975447>

Casado, T., & Riera, J. A., & Cardona, J. (2020). Social Work with Families in Special Distress: Collaborative Practices. *Social Sciences*, Volume (9), 1-19. <https://doi.org/10.3390/socsci9070121>

Cesco. S., & Moreira. R. S., & Lima, F., N. (2013) interdisciplinaridade, entre o conceito e a prática: Um estudo de caso. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (29), 57-70. <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v29n84/03.pdf>

Claus. A. M., & Wiese, B. S., (2019) Development and test of a model of interdisciplinary competencies. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 191-205. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2019.1567491>

DeVellis, R.F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications. Dini, J. (2020). Exploring the Role of Collaborative Reflective Enquiry in Promoting Teacher Professional Development and Learning: A Mixed-methods Study of Teachers' Perspectives in Rural Sichuan Province, China. [Tese de doutoramento, Faculty of Social Sciences and Law, School of Education – University de Bristol]. [https://research-information.bris.ac.uk/ws/portalfiles/portal/257532193/Exploring\\_the\\_Role\\_of\\_Collaborative\\_Reflective\\_Enquiry\\_in\\_Promoting\\_Teacher\\_Professional\\_Development\\_and\\_Learning\\_A\\_Mixed\\_methods\\_Study\\_of\\_Teachers\\_Perspectives\\_in\\_Rural\\_Sichuan\\_Province\\_China.pdf](https://research-information.bris.ac.uk/ws/portalfiles/portal/257532193/Exploring_the_Role_of_Collaborative_Reflective_Enquiry_in_Promoting_Teacher_Professional_Development_and_Learning_A_Mixed_methods_Study_of_Teachers_Perspectives_in_Rural_Sichuan_Province_China.pdf)

Ferreira, J. M. L., & Pena, M. J. (2021). La familia: un recurso de intervención social en tiempos de incertidumbre. *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (42), 155–169. <https://doi.org/10.6018/areas.488131>

Gabrielová, J., & Velemínský, M. (2014). Interdisciplinary collaboration between medical and non-medical professions in health and social care. *Neuro Endocrinol Lett*, (52), 59-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25433356/>

Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (6.<sup>a</sup> edição). <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>

Gomes, S., A., F. (2012) Interdisciplinariedade e Relações Interprofissionais – Um Estudo de Caso em Equipa de Cuidados Continuados Integrados. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20585/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Graham, R. G., & Barter, K. (1999) Collaboration: A Social Work Practice Method. *Families in Society: The journal of contemporary human services*, (80), 6-13. 10.1606/1044-3894.634

Günther, H., & Júnior, J., L. (2012). Perguntas Abertas Versus Perguntas Fechadas: Uma Comparação Empírica. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, (6), 203–213. <https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/17094>

Hetzner, D. K. S. B. (2013). *Reflection in Professional Practice*. [Tese de doutoramento, Fakultät für Psychologie, Pädagogik und Sportwissenschaft, Universität Regensburg]. <https://dnb.info/1051132665/34>

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2a ed.). Lisboa: Sílabo.

Jeffries, P. R., & McNELIS, A. M., & Wheeler C., A. (2008). Simulation as a Vehicle for Enhancing Collaborative Practice Models. *Crit Care Nurs Clin North Am*, (20), 471-480. DOI: 10.1016/j.ccell.2008.08.005

Joshi, A., & Kale, S., & Candel, S., & Pal., D., K. (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*, Volume (7), 396-403 <https://eclass.aspete.gr/modules/document/file.php/EPPAIK269/5a7cc366dd963113c6923ac4a73c3286ab22.pdf>

Leite, F. M. M. S. F. (2015) *Trabalho Colaborativo entre Docentes num Território Educativo de Intervenção Prioritária – Estudo de Caso*. [Tese de Doutoramento em Educação. Universidade Portucalense]. Repositório Dspace. <http://hdl.handle.net/11328/1301>

Lombardi, B. M., Zerden, L. S., Richman, E. L. (2017). Toward a Better Understanding of Social Workers on Integrated Care Teams. *Behavioral Health Workforce Research Center, University of Michigan*. 1-19. [https://www.behavioralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2018/04/Y2FA2P2\\_UNC-Social-Work-Full-Report.pdf](https://www.behavioralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2018/04/Y2FA2P2_UNC-Social-Work-Full-Report.pdf)

Madsen W., C. (2007) Working with Multi-Stressed Families Recognizing the Importance of Relational Stance. Em Guilford Publications, *Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families*. (2th ed., pp. 15-45). Guilford Publications. <https://www.guilford.com/excerpts/madsen.pdf?t=1>

Marta, R. (2016). Investigação em Serviço Social: o futuro no presente. Reflexões em torno do processo de construção de conhecimento científico português. *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 6(10), 50-73. <http://hdl.handle.net/10481/41897>

Melo, A., I., M., T. (2011). *As forças dos profissionais e da família multidesafiada na proteção da criança. Um modelo de avaliação e intervenção familiar integrada para os CAFAP*. [tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/18471>

Monk, G. e outros (2003) Sociopolitical Activist or Conversational Partner? Distinguishing the Position of the Therapist in Narrative and Collaborative Therapies. *Family Process*, vol.42, 19-30

Morley, L. & Cashell, A. (2017) Collaboration in Health Care. *Published by Elsevier Inc. on behalf of Canadian Association of Medical Radiation Technologist*. V 48(2), 207-216. DOI: 10.1016/j.jmir.2017.02.071

Muñiz, J. (2003). Teoría clásica de los tests. Madrid: Pirâmide.

Muñiz, J., Fidalgo, A.M., García-Cueto, E., Martínez, R.J. & Moreno, R. (2005). Análisis de los ítems. Madrid: La Muralla.

National Association of Social Workers. (2003). *Making Interdisciplinary Collaboration Work*. <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=mBnZCC82O3w%3D&portalid=0>

Nazir, A., Wenzler, A., Reifsnnyder, J., & Feifer, R. (2021). Lessons in Collaboration from the Management of Pandemic in 2 Large Skilled Nursing Facility Chains. *The Journal of Post-*

*Acute and Long-Term Care Medicine*, (22), 2225-2227.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.09.004>

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Parker, C., & Scott, S., & Geddes, A. (2019) *Snowball Sampling*. SAGE Research Methods Foundations. <https://methods.sagepub.com/foundations/snowball-sampling>

Pascoe, K. M., (2022). Remote service delivery during the COVID-19 pandemic: Questioning the impact of technology on relationship based social work practice. *British Journal of Social Work*. (52), 3268–3287. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab242>

Pena, M., J., B. (2013). A relação profissional no quadro da intervenção do assistente social. *Intervenção Social*. (41), 55-70. <https://doi.org/10.34628/xztj-ye33>

Pype, P., Mertens, F., Helewaut, F., & Krystallidou, D. (2018). Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. *BMC Health Services Research*, 18(570), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3392-3>

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998) *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2.<sup>a</sup> edição). <https://tecnologiamidiaeinteracao.files.wordpress.com/2018/09/quivy-manual-investigacao-novo.pdf>

Rivero, C., e outros (2013). *Manual - Práticas Colaborativas e Positivas na Intervenção Social*. EAPN Portugal.

Rumping, S., & Boendermaker, L., & Ruyter D., J. (2018) Stimulating interdisciplinary collaboration among youth social workers: A scoping review. *Em Health and Social Care in the community*, (1-13). <https://doi.org/10.1111/hsc.12589>

Shepherd, M. (2004). *Library collaboration: What makes it Work?* University of Waterloo, Canada.

Silva, A. L. E. M., & Mateus, A. P. C., & Santos, C. I. P., & Pastilha, C., & Fernandes, C. I. G. S., & Margarida, J. M. F., & Vicente, S., & Simões, T. (2013). *Processos de Mudança em Organizações de Saúde*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA – E, 4). [file:///C:/Users/Rita/Downloads/Processo\\_de\\_Mudanca\\_N4%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Rita/Downloads/Processo_de_Mudanca_N4%20(2).pdf)

The National Association of Social Workers. (2013). *Making Interdisciplinary Collaboration Work*.

<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=mBnZCC82O3w%3D&portalid=0>

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo. <https://silabo.pt/wp-content/uploads/9789895610976.pdf>

Williams, DJ. (2016). The Future of Effective Social Work Practice: Broadening Multidisciplinary Collaboration and Increasing Flexibility. *Social Work*, 61(4), 363–365. <https://doi.org/10.1093/sw/sww054>

Zerdena, L. D., Lombardib, B. M., & Richmanc, E. L. (2019). Social workers on the interprofessional integrated team: Elements of team integration and barriers to practice. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 17, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100286>



## **Anexos**

Anexo A – Transcrição da entrevista exploratória

Anexo B – Contacto com a autora

Anexo C – Escala Original

Anexo D – Escala Final

## **Anexo A – Entrevista Exploratória**

Entrevistador (E)

Entrevistado (P1)

Local: Escola Nacional de Saúde Pública

Data: 5 de março de 2020

**E** - Antes me mais quero agradecer a sua disponibilidade em reunir comigo. O meu nome é Rita, sou assistente social e neste momento estou a trabalhar numa associação que é a novamente que dá apoio a pessoas que sofreram lesões cerebrais adquiridas, portanto traumatismo crânio encefálicos, AVC'S entre outros. Damos apoio aos doentes e também às suas famílias.

O que é que me trouxe até aqui, e o motivo pelo qual lhe pedi esta entrevista, fui desafiada a fazer a minha tese de mestrado, sou aluna do mestrado em Serviço Social do ISCTE como sabe, e estou neste momento a começar a investigar sobre o tema da minha tese de mestrado que há partida vai ser Práticas Colaborativas na Pessoa com Lesão Cerebral Adquirida. O que é que acontece: neste tema, na literatura existe pouca investigação na língua portuguesa e sobretudo pouca investigação de práticas colaborativas relacionadas com Serviço Social a literatura é praticamente nula, é impossível de encontrar esta conjugação. Sendo assim, achei que era fundamental reunir consigo, para me elucidar sobre alguns aspetos que tenha de ter em atenção e para ver também qual a minha direção de pesquisa.

Queria perguntar-lhe antes de mais, o que que entende por prática colaborativa.

**P1** - Ora bem, quer dizer, as práticas colaborativas são aquelas em que as pessoas conseguem convergir para contribuir para um fim de interesse comum. É esta a definição habitual. Um trabalho muito interessante sobre a parte filosófica é de uma investigadora norte-americana Jennifer Riegar, depois eu envio-lhe, escreveu já há uns anos um trabalho chamado “Share governance”. A noção de governança para si é familiar?

**E** - Sim, sim.

**P1** - A governança no fundo quer dizer como é que os atores interagem. Como é que da interação dos atores, resulta a realidade, enquanto as políticas são orientações, de uma

autoridade que as pode fazer, mas não quer dizer que mudem a realidade, a governança prende-se com as ações que mudam a realidade e em que a política pública é uma delas.

Jeniffer que escreveu ela estabelece uma espécie de gradeante da descrição colaborativa, nós colaboramos por somos obrigados, 1.º nível, ou colaboramos porque nos é conveniente (2.º nível). Colaboramos porque win-win, ganhamos ambos (3.º nível). E 4.º nível colaboramos porque é uma obrigação ética.

Se o bem-estar dos nossos doentes (..), nós temos a obrigação de colaborar. E a lógica é que há estas fases estádios e há uma espécie de distribuição, uns estão no primeiro nível, outros no segundo por ai adiante. Isto é mensurável nós podemos saber quem colabora porque é obrigado, quem colabora porque é conveniente, nós podemos verificar/observar esse fenómeno. Nós podemos ter o estado da arte em termos da cultura de colaboração em determinado meio.

**E** - Ok, este aspeto é muito importante.

**P1** - Este aspeto é interessante, na medida em que, por exemplo a confiança que têm uns nos outros, uma das últimas publicações sobre aspetos sociais diz que se perguntar aos dinamarqueses, 70% confiam nos outros. Se perguntar aos alemães, 40% e se perguntar aos portugueses 20%.

Ora bem, portanto, esses são elementos culturais que nos obrigam a investir, a promover colaboração, porque ela não é tão natural como parece. Um outro indicador é o índice de capital social que conjuga a confiança que temos nos outros, e nos países do sul temos um baixo capital social. Ou seja, nós culturalmente não somos muito factos à colaboração, logo devemos investir em arquiteturas, processos, e instrumentos colaborativos.

Está a ver? E quais são eles, pergunta você?

Isto é importante porque os Sistema de Saúde a atual, são sistemas complexos, com ligações complexas, funcionam um pouco sem investimento colaborativo e por isso não é só saber a cultura de colaboração que temos, como devemos implementar instrumentos ou não, é muito importante. Vou dar um exemplo: se visitar um hospital e olhar para a gestão do hospital vai verificar uma coisa, tem uma gestão extremamente complexa, virada para dentro. A interface colaborativa não existe, ou seja, em princípio uma organização, fazendo parte do sistema, não vivendo na lua, fazendo parte do sistema, deve ter uma gestão interna elaborada, pois claro tem uma gestão complexa e difícil, mas para funcionar no meio precisa de ter a mesma sofisticação na sua interface colaborativa, mas não tem.

Se olhar para as profissões ou para as ordens profissionais é tudo núcleo-identitária e interface colaborativa, nada.

Se as profissões fazem sempre questão de acentuar ... e não tem nenhum treino, nenhuma lógica, nenhuma apetência para promover a sua interface colaborativa com outras profissões, o sistema funciona pior.

A interface colaborativa reúne-se entre si, para desenvolver relações virtuais colaborativas.

Se eu quiser que hospitais, centros de saúde colaborem entre eles, não basta de vez em quando telefonarem uns para os outros, precisam de ter uma ligação virtual que liga a sua interface colaborativa personalizadas que asseguram a sua colaboração consistente e isso não existe ou existe pouco. O mesmo com as profissões, tem cinco profissões, cada uma faz questão de vincar o seu núcleo identitário e nenhuma desenvolve qualquer competência colaborativa, o sistema funciona pior.

**E** - Quase que trabalha cada um para o seu lado invés de ser como um todo, não é?

**P1** - Exatamente. Exatamente, por isso, porque não valorizamos o personalizar da nossa interface colaborativa, tal como personalizamos o nosso núcleo identitário.

Outra questão, questão seguinte, isto nunca mais acaba, como pode ver. Há um conceito que já tem muitos anos em medicina, mas só agora, ganha alguma exuberância que é a decisão partilhada.

Um médico, clínico geral inglês, chamado “(...)” escreveu, já há 40 anos um livro sobre decisão partilhada em medicina, e não foi teoricamente eu conheci-o, morreu recentemente, ele fez baseado na sua própria experiência, portanto não foi uma coisa teórica.

Ainda hoje, é uma prática minoritária, 40 anos depois, veja a dificuldade que é isto. Mas não basta ter a vontade e cultura colaborativa, é preciso ter instrumentos, por exemplo, um projeto holandês sobre decisão partilhada e planos individuais de cuidados partilhados quando o médico se encontra com o doente, não está a olhar para o computador e o doente a olhar para ele, tem por exemplo uma tablet e estão os dois a olhar para ele e a dizer o seu plano de cuidados, falhou aqui, aqui esteve bem, aqui melhorou.

**E**- Ou seja existir aqui, uma informação partilhada com a pessoa.

**P1** - Claro, para depois existir decisão partilhada, se eu não consigo partilhar informação

**E**- É quase como se a pessoa ficasse de fora do processo, não é?

**P1** - Exatamente.

**E** - Eu gostava de lhe fazer uma pergunta que era o seguinte: o facto de ter referido que o sistema, a forma como o hospital por exemplo, está organizado e a sua complexidade, e a forma como é exigido aos profissionais o cumprimento de metas, cumprimento objetivos, considera que isso também pode ser um fator que condicione a prática colaborativa, entre os profissionais?

**P1** - Não. O facto de o sistema ser fragmentado, e não haver continuidade de cuidados, sim, ou seja, eu por exemplo, tive internado no hospital, tiraram-me a vesícula há dois anos, e como trabalho na saúde estou sempre atento ao que acontece, e nunca falaram no centro de saúde, ou seja, o que eu era antes e depois não era importante, o que era importante era o que acontecia ali, nem valorizavam o que aconteceu antes nem o depois, por cultura.

E portanto, esta fragmentação, não levei nenhuma informação comigo do centro de saúde para o hospital, nem nenhuma do hospital para o centro de saúde.

Também não era um caso grave, mas isto devia ser sistemático independentemente da gravidade da situação, o meu médico de família deve saber que eu estou no hospital, e deve saber o que aconteceu, não tenho de ser eu a dizer-lhe. Eu ainda lhe posso dizer porque percebo alguma coisa do assunto, mas imagine uma pessoa que não tem esta capacidade. Não temos este plano de cuidado que circula com as pessoas e este plano de cuidados é o elemento de integração e de colaboração porque eu discuto os meus objetivos com o meu médico ou enfermeiro, depende na equipa quem faz isso, os meus objetivos são traçados e estes devem-me acompanhar independentemente do sítio onde vou e portanto é esta integração de cuidados e os seus instrumentos de convergência que estimulam a melhoria de um cultura colaborativa real.

**E** - Porque por exemplo, mesmo em equipas hospitalares e mesmo de centros de saúde, normalmente são constituídas por equipas interdisciplinares, ou seja, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, o facto de existir uma equipa interdisciplinar não quer dizer que exista uma abordagem colaborativa, certo?

Quer dizer, pode existir um conjunto de pessoas que não são uma equipa, uma equipa existe quando as pessoas convergem para atingir objetivos comuns, aquele objetivo não é só meu é do doente, ou seja se este doente tem como objetivos 1,2 3, 4 cada um de nós acrescenta competências, acrescenta valor para que os resultados daquele doente, sejam bons na realização

daqueles objetivos. O que torna uma equipa real é o facto de convergirem, cada um com suas competências para acrescentar valor ao objetivo.

**E** – Portanto, podemos ter uma equipa rica em termos de competência e formação, mas quer dizer se não tiverem todos alinhados para o mesmo fim isso acaba por não resultar em nada.

**P1** – Exatamente. O alinhamento está sempre a ver o instrumento onde sejam claros os objetivos, para os quais nós contribuimos e se a contribuição é em função das nossas competências, se não esta centrada no objetivo do doente, nós estamos a exercer as nossas competências, mas não a exerce-las para um bom resultado. Há uma expressão inglesa que gosto muito que é *If you only have a hammer, you deal with everthing as a nail*, para todo o martelo, tudo lhe parece prego. E, portanto, nós temos as nossas competências, não fazemos o que é preciso, fazemos aquilo que sabemos fazer, que é uma diferença substancial.

**E** - Por exemplo, nas equipas de hospitalares, ou de centros de saúde, fiz o meu estágio curricular num centro de saúde e semanalmente existem reuniões em de equipa, para discussão de determinadas situações, mas nunca a(s) pessoa(s) em questão, foram introduzidas nesta reunião. Ou seja, está a partilhar-se um conjunto de informações sobre um determinado processo e de que forma, cada profissional, como estava a dizer pode incluir o seu valor, para concluir os objetivos com o maior sucesso possível, mas raramente a pessoa está incluída.

**P1** – É isso mesmo.

**E** – Aquilo que falamos, a falta de contacto com a pessoa. É preciso dizer pensamos nestas soluções, o que acha, o que pensa sobre as mesmas. Por vezes, dá-me a sensação na prática profissional que vou tendo, que a história das próprias, os seus valores, as suas crenças não são tomadas em conta, pelo menos com a importância que deveriam ter. Porque nós estamos a falar sobre a vida de alguém e para além de até podermos dizer que o profissional e o doente estão em graus diferentes no sentido de formação e competências não devemos canalizar tudo aquilo que sabemos sendo um dado adquirido, para a situação daquela pessoa.

É fundamental que a pessoa seja sempre introduzida no seu processo e ter a sua própria opinião.

**P1** – Isso também se chama no fundo, investir na literacia da pessoa, ou seja, dentro deste respeito de convergência se eu quero decisões partilhadas eu tenho de investir no conhecimento da outra pessoa, senão eu não posso partilhar.

Por exemplo, não é dos casos que mais me preocupa, mas que pode chegar aí, um dos maiores problemas de saúde pública, que são as quedas nos idosos. É um problema gravíssimo, pois é frequente e numa percentagem alta de casos, leva a consequências desagradáveis e longas, pois eu vou ao meu centro de saúde e o meu médico nunca me disse que eu tinha risco de cair. E depois há o seguinte: qual o maior risco de cair? Eu já ter caído.

O facto de eu ter dito que caí, deve levar imediatamente a um conjunto de prevenção de quedas. Esta tipificado que uma pessoa que já caiu tem grandes probabilidades de voltar a cair e por isto deve saber, a, b e c, mas esta informação não passa. E não passa, porque a cultura ainda é favorecer a doença. Se eu disser que tenho diabetes, é uma doença todos vão estar atentos ao que digo, agora se eu digo que caí, que tenho umas tonturas, uma coisa muito vaga, não me ligam tanto, pois a cultura médica está virada para a doença.

O principal problema do sistema de saúde é que está centrado nas nossas competências, associados aquilo que sabemos, mas não na pessoa.

Eu estou treinado, para saber o que faço nesta doença, na outra doença, mas não para o conjunto de situações que a pessoa apresenta.

A falta de diálogo, e a falta de aceitar a narrativa com os outros, eu pergunto-lhe para saber se tem a doença que desconfio, mas não a deixo falar para me contar a sua história, e essa história revela o tipo de pessoa que é, quais as suas circunstâncias e isto até tem o nome que é a medicina narrativa, é baseada naquilo que a pessoa conta. A narrativa da pessoa nem, sempre é verdade e pode ser subjetiva mas é aquilo, que a pessoa pensa dela própria e ao contar-me a sua história, repensa o que pensa de si próprio e eu fico a saber alguma coisa dele se a minha abordagem for de simular a narrativa eu centro-me na pessoa se a abordagem for identificar sintomas nunca ouço a pessoa e centro-me na doença.

**E** – Considera que os profissionais, podem alegar que também existe falta de tempo, para este tipo de abordagem? Porque no fundo este tipo de abordagem requer tempo, estar a escutar o outro requer tempo do profissional, requer capacidade de escuta, acha que esta é uma alegação viável que pode ser dita pelos profissionais?

**P1** - Não, e vou-lhe contar uma história para perceber, nos meus jovens anos como médico, estava a trabalhar em Moçambique, e fiz uma consulta, a um rapaz de 30 e poucos anos e não percebia nada daquilo. E sabe o que é que eu fiz? Arranjei uma consulta com mais tempo.

**E** – Arranjou a usa própria estratégia para desempenhar o seu trabalho com qualidade.

**P1** - É isso mesmo. A pessoa veio para lhe passar um atestado por exemplo, não precisa de grande tempo, mas vem uma pessoa que me conta uma história e eu aponto algumas coisas, mas a verdade é que não percebi partes da história, por isso da próxima vez, ocupo dois espaços com aquela pessoa, para ter tempo para perceber a sua história. O tempo é um mito, se eu tiver bons registos, um bom plano de cuidados, não preciso de muito tempo para seguir a pessoa.

**E** – Este conceito de práticas colaborativas de que forma acha que pode ser aplicado ao Serviço Social, uma vez que os profissionais de Serviço Social acabam também por ter um papel fundamental no acompanhamento destas pessoas e fazem parte das equipas.

**P1** - Hoje em que o grande desafio do serviço saúde são os problemas, são os problemas múltiplos que acompanham o envelhecimento. O principal desafio é acompanhar as pessoas que envelhecem e têm vários problemas de saúde. O sistema de saúde, não sabe fazer isso, pois foram pensados para responder a doença aguda, isso nós fazemos bem.

Agora seguir no tempo, através de várias competências pessoas que envelhecem e que precisam de vários cuidados, isso não sabemos ainda fazer, é essa transformação que precisamos e aí a articulação entre saúde e ação social é fundamental, pelas razões óbvias. As pessoas além de terem doenças, tem dependências, são frágeis etc. É difícil tornar esta colaboração em prática real, há alguma literatura sobre isso que depois posso enviar-lhe. A pessoa tem de estar no centro da nossa colaboração e não as nossas competências e a nossa hierarquia, e, portanto, é uma arte nova.

**E** – Quando tive a ler, fiquei a pensar se os profissionais sabiam exatamente o significado deste conceito e como o poderiam aplicar, também pode ser difícil aplica-lo na prática, ou seja acha importante existir formação a este nível, no sentido de explicar às equipas como é que podem estar mais ligadas cumprindo objetivos comuns?

**P1** - Quando se fala em formação, fala-se de várias coisas e é por isso que evito responder. A formação colaborativa deve reforçar experiências colaborativas, é preciso criar condições para

começarmos a colaborar e reforçá-las com formação que é diferente do que formar. O que é importante é criar condições para que a colaboração que convergem nos objetivos do doente comece a acontecer. O que pode acontecer, por exemplo, nesta escola saem daqui alunos, bons alunos, que passado pouco tempo voltam a chorar a dizer que não os deixam fazer nada. A formação flexiva e adaptação é estar atento na continuidade das coisas e injetar mais capacidade na altura em que o aluno está com obstáculos, do que esta coisa de formar, formar, formar.

**E** – Existe algum instrumento que nos permite avaliar a perceção dos profissionais sobre práticas colaborativas?

**P1** - Há um conjunto de instrumentos. Nós temos sempre três coisas, aquilo que as pessoas pensam, aquilo que as pessoas fazem e os resultados do que fazem, temos de seguir este nexos. Se as pessoas adquirem certas competências no processo de formação é bom, mas não chega. É preciso que façam coisas, mas não chega é preciso que essas coisas deem resultados. Habitualmente, não conseguimos medir a cadeia toda, a competência, pensamento e ação para os resultados, mas podemos medir uma parte e projetar os seus efeitos na outra.

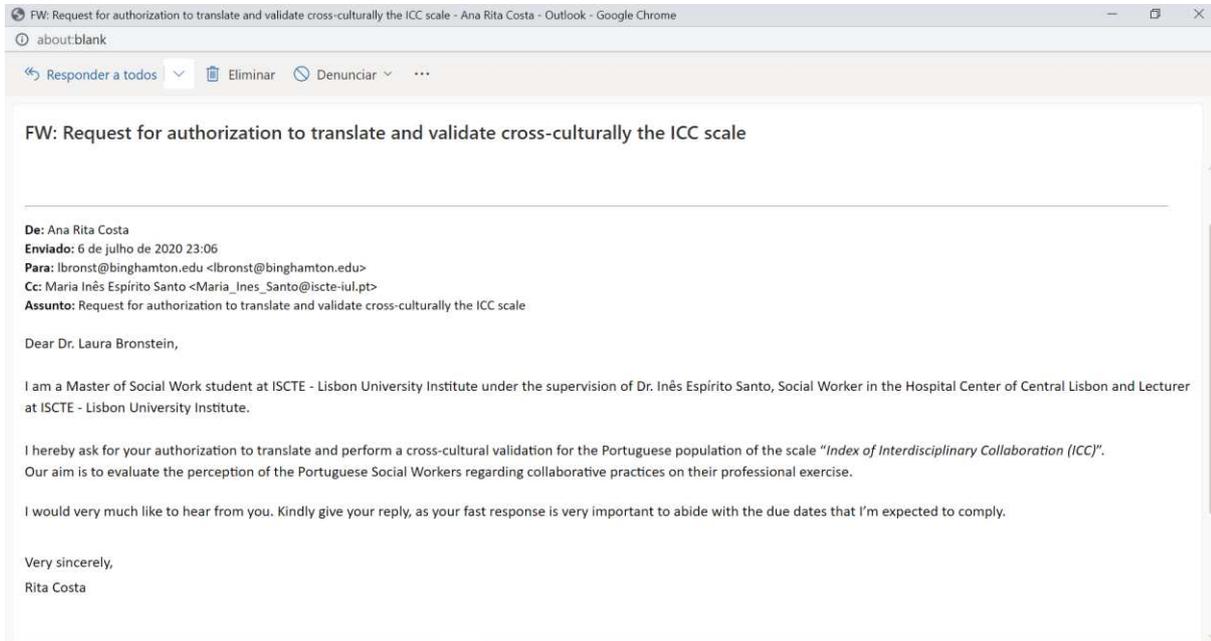
Ou seja, a minha ação fez com que esta pessoa pensasse de outra forma, e vou pressupor que nestas condições, vai pensar de outra forma e que vai ter esses resultados, aqui é medição e aqui são pressupostos lógicos ou então, tenho mais sorte e sou capaz de saber que a pessoa não só mudou de comportamento como fez coisas diferentes.

Vou pressupor que este comportamento, pode levar a alguns resultados então tenho esta lógica deve ser sempre esta cadeia, o que a pessoa sabe, o que a pessoa pensa, qual a sua cultura, e depois posso racionar com base em evidências existentes e dizer que esta pessoa com esta competência, nestas circunstâncias fará isto e terá estes resultados. Os três estádios são estes.

Tem de definir a circunstâncias destes comportamentos. Parte deste raciocínio, competências, ação e resultados depende das minhas circunstâncias e das circunstâncias do meio.

**E** – Muito obrigada por esta entrevista. Agradeço-lhe imenso a sua disponibilidade. Fiquei bastante elucidada com esta conversa, obrigada.

## Anexo B – Contacto com a autora



## Anexo C – Escala Original

### Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC) From Bronstein (2002)

(\*) eliminated items

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1 - I utilize other (non-social work) professionals for their particular expertise.					
2 - I consistently give feedback to other professionals in my setting.					
3 - Other (non social work) professionals in my setting utilize social workers for a range of tasks.					
4 - Teamwork with professionals from other disciplines is not important in my ability to help clients.					
5 - My colleagues from other professional disciplines and I rarely communicate.					
6 - The colleagues from other disciplines with whom I work have a good understanding of the distinction between my role and their role(s).					
7 - I communicate in writing with my colleagues from other disciplines to verify information shared verbally. (*)					
8 - My colleagues from other disciplines make inappropriate referrals to me.					

9 - I can define those areas that are distinct in my professional role from that of professionals from other disciplines with whom I work.					
10 - I view part of my professional role as supporting the role of others with whom I work.					
11 - My colleagues from other disciplines refer to me often.					
12 - Cooperative work with colleagues from other disciplines is not a part of my job description.					
13 - I utilize informal methods of communication (i.e. social networks, lunchtime, etc.) to communicate with my colleagues from other disciplines. (*)					
14 - My colleagues from other professional disciplines do not treat me as an equal.					
15 - My colleagues from other disciplines believe that they could not do their jobs as well without the assistance of social workers.					
16 - Incorporating views of treatment held by my colleagues from other disciplines improves my ability to meet clients' needs. (*)					
17 - Distinct new programs emerge from the collective work of colleagues from different disciplines.					
18 - Organizational protocols reflect the existence of cooperation between professionals from different disciplines.					

19 - Formal procedures/mechanisms exist for facilitating dialogue between professionals from different disciplines (i.e., at staffings, inservice, rounds, etc.).					
20 - I am not aware of situations in my agency in which a coalition, task force or committee has developed out of interdisciplinary efforts.					
21 - Some meetings, committees etc. in my agency/organization are consistently run jointly by social workers and other professionals. (*)					
22 - Working with colleagues from other disciplines leads to outcomes that we could not achieve alone.					
23 - Creative outcomes emerge from my work with colleagues from other professions that I could not have predicted.					
24 - I am willing to take on tasks outside of my job description when that seems important.					
25 - I am not willing to sacrifice a degree of autonomy to support cooperative problem solving.					
26 - I utilize formal and informal procedures for problem-solving with my colleagues from other disciplines.					
27 - The professional colleagues from other disciplines with whom I work stick rigidly to their job descriptions.					

28 - My non-social work professional colleagues and I work together in many different ways.					
29 - Relationships with my colleagues sustain themselves despite external changes in the organization or outside environment. (*)					
30 - Decisions about approaches to treatment are made unilaterally by professionals from other disciplines. (*)					
31 - Professionals from other disciplines with whom I work encourage family members' participation in the treatment process.					
32 - My colleagues from other disciplines are not committed to working together.					
33 - My colleagues from other disciplines work through conflicts with me in efforts to resolve them.					
34 - When colleagues from different disciplines make decisions together they go through a process of examining alternatives.					
35 - My interactions with colleagues from other disciplines occurs in a climate where there is freedom to be different and to disagree.					
36 - Clients/patients/students participate in interdisciplinary planning that concerns them.					
37 - Colleagues from all professional disciplines take responsibility for developing treatment plans.					

38 - Colleagues from all professional disciplines do not participate in implementing treatment plans.					
39 - Professionals from different disciplines are straightforward when sharing information with clients/patients/students.					
40 - My colleagues from other disciplines and I often discuss different strategies to improve our working relationships.					
41 - My colleagues from other professions and I talk about ways to involve other professionals in our work together.					
42 - My colleagues from other professions and I talk about ways to involve other professionals in our work together. (*)					
43 - My non-social work colleagues do not attempt to create a positive climate in our organization.					
44 - I am optimistic about the ability of my colleagues from other disciplines to work with me to resolve problems.					
45 - I help my non-social work colleagues to address conflicts with other professionals directly.					
46 - My non-social work colleagues are as likely as I am to address obstacles to our successful collaboration.					

<p>47 - My colleagues from other disciplines and I talk together about our professional similarities and differences including role, competencies and stereotypes.</p>					
<p>48 - My colleagues from other professions and I do not evaluate our work together.</p>					
<p>49 - Discuto com I discuss with professionals from other disciplines the degree to which each of us should be involved in a particular case.</p>					

## Anexo D – Escala Final

### Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC)

(\*) itens eliminados

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1 - Recorro a profissionais de outras áreas pelos seus conhecimentos específicos.					
2 - Dou, de forma consistente, a minha opinião a outros profissionais do meu contexto profissional.					
3 - No meu contexto profissional, os profissionais de outras áreas recorrem aos assistentes sociais para a realização de um conjunto de tarefas.					
4 - A colaboração com profissionais de outras áreas não é relevante para a minha capacidade de apoiar os utentes.					
5 - Raramente comunico com os meus colegas de outras áreas profissionais.					
6 - Os meus colegas de trabalho de outras áreas profissionais sabem distinguir as suas funções das minhas.					
7 - Comunico com os meus colegas de outras áreas por escrito para confirmar informação partilhada verbalmente. (*)					
8 - Os meus colegas de outras áreas referenciam-me casos que não se enquadram no meu conteúdo funcional.					

9 - Consigo enumerar os aspetos que distinguem a minha função profissional da função dos profissionais de outras áreas com quem trabalho.					
10 - Considero que auxiliar/complementar o trabalho dos meus colegas faz parte da minha função profissional.					
11 - Os meus colegas de outras áreas profissionais consultam-me com frequência.					
12 - A cooperação com colegas de outras áreas profissionais não consta na descrição das minhas funções.					
13 - Utilizo métodos de comunicação informais (por exemplo, redes sociais, hora de almoço, etc.) para comunicar com os meus colegas de outras áreas profissionais. (*)					
14 - Os meus colegas de diferentes áreas profissionais não me tratam como um colega em pé de igualdade.					
15 - Os meus colegas de outras áreas acham que não conseguiriam fazer o seu trabalho de forma tão eficiente sem o apoio dos assistentes sociais.					
16 - Incorporar o olhar e o saber dos colegas de outras áreas profissionais melhora a minha capacidade de corresponder às necessidades dos utentes. (*)					
17 - Do trabalho coletivo entre colegas de diferentes áreas emergem programas novos e distintos.					

18 - Os protocolos organizacionais refletem a existência de colaboração entre profissionais de diferentes áreas.					
19 - Existem mecanismos/procedimentos formais para facilitar o diálogo entre profissionais de áreas distintas (ex.: as reuniões dos funcionários, formações, turnos, etc.).					
20 - Não tenho conhecimento de associações, comissões ou grupos de trabalho, na minha instituição/organização, que se tenham desenvolvido a partir de iniciativas interdisciplinares.					
21 - Na instituição/organização em que trabalho, algumas reuniões, conselhos, etc., são geridos por assistentes sociais e outros profissionais, em conjunto. (* )					
22 - Trabalhar com colegas de outras áreas leva a resultados que não conseguiríamos obter ao trabalhar sozinhos.					
23 - Da minha colaboração com colegas de outras profissões surgem soluções criativas que eu não podia prever.					
24 - Estou disposto(a) a aceitar tarefas que não constam na descrição da minha função, quando a situação assim o requer.					
25 - Não estou disposto(a) a sacrificar um certo grau de autonomia em função da resolução de problemas de forma colaborativa.					

26 - Utilizo procedimentos formais e informais para resolver problemas com os meus colegas de outras áreas.					
27 - Os meus colegas de trabalho de outras áreas cingem-se, estritamente, a desempenhar as funções que lhes competem.					
28 - Trabalho em conjunto com colegas de outras áreas profissionais de formas diferentes.					
29 - Consigo manter relações com os meus colegas, apesar das mudanças externas da instituição/organização ou do ambiente exterior à instituição/organização. (*)					
30 - As decisões relativas a abordagens/estratégias de intervenção são feitas unilateralmente por profissionais de outras áreas. (*)					
31 - Os profissionais de outras áreas com quem trabalho estimulam a participação dos familiares no processo de intervenção.					
32 - Os meus colegas de outras áreas não estão empenhados em trabalhar em conjunto.					
33 - Os meus colegas de outras áreas discutem as discordâncias comigo de forma a resolvê-las.					
34 - Quando colegas de diferentes áreas tomam decisões em conjunto, passam por um processo de avaliação de alternativas.					
35 - As minhas interações com colegas de outras áreas ocorrem num contexto em que há liberdade para ter uma opinião diferente e discordar.					

36 - Os utentes participam no planeamento interdisciplinar que lhes diz respeito.					
37 - A responsabilidade de desenvolver planos de intervenção é assumida por colegas de todas as áreas profissionais.					
38 - Na implementação dos planos de intervenção não participam colegas de todas as áreas profissionais.					
39 - Os profissionais de outras áreas são diretos no que diz respeito à partilha de informação com utentes.					
40 - Discuto, frequentemente, com os meus colegas de outras áreas sobre estratégias diferentes para melhorar as nossas relações profissionais.					
41 - Falo com os meus colegas de outras áreas sobre formas de envolver outros profissionais no nosso trabalho conjunto.					
42 - Esforço-me para criar um ambiente positivo na nossa instituição/organização. (*)					
43 - Os meus colegas de outras áreas profissionais não tentam criar um ambiente positivo na nossa organização.					
44 - Sou otimista relativamente à capacidade dos meus colegas de áreas diferentes de colaborarem comigo para a resolução de problemas.					
45 - Colaboro com os meus colegas de outras áreas a abordar conflitos com outros profissionais diretamente.					

<p>46 - Os meus colegas de outras áreas, são tão capazes como eu de enfrentar obstáculos ao sucesso da nossa colaboração.</p>					
<p>47 - Falo com os meus colegas de outras áreas sobre as diferenças e semelhanças dos nossos cargos, incluindo competências, funções e estereótipos.</p>					
<p>48 - Eu e os meus colegas de outras áreas profissionais não avaliamos o nosso trabalho em conjunto.</p>					
<p>49 - Discuto com profissionais de outras áreas o grau de envolvimento que cada um de nós deve ter num determinado caso.</p>					